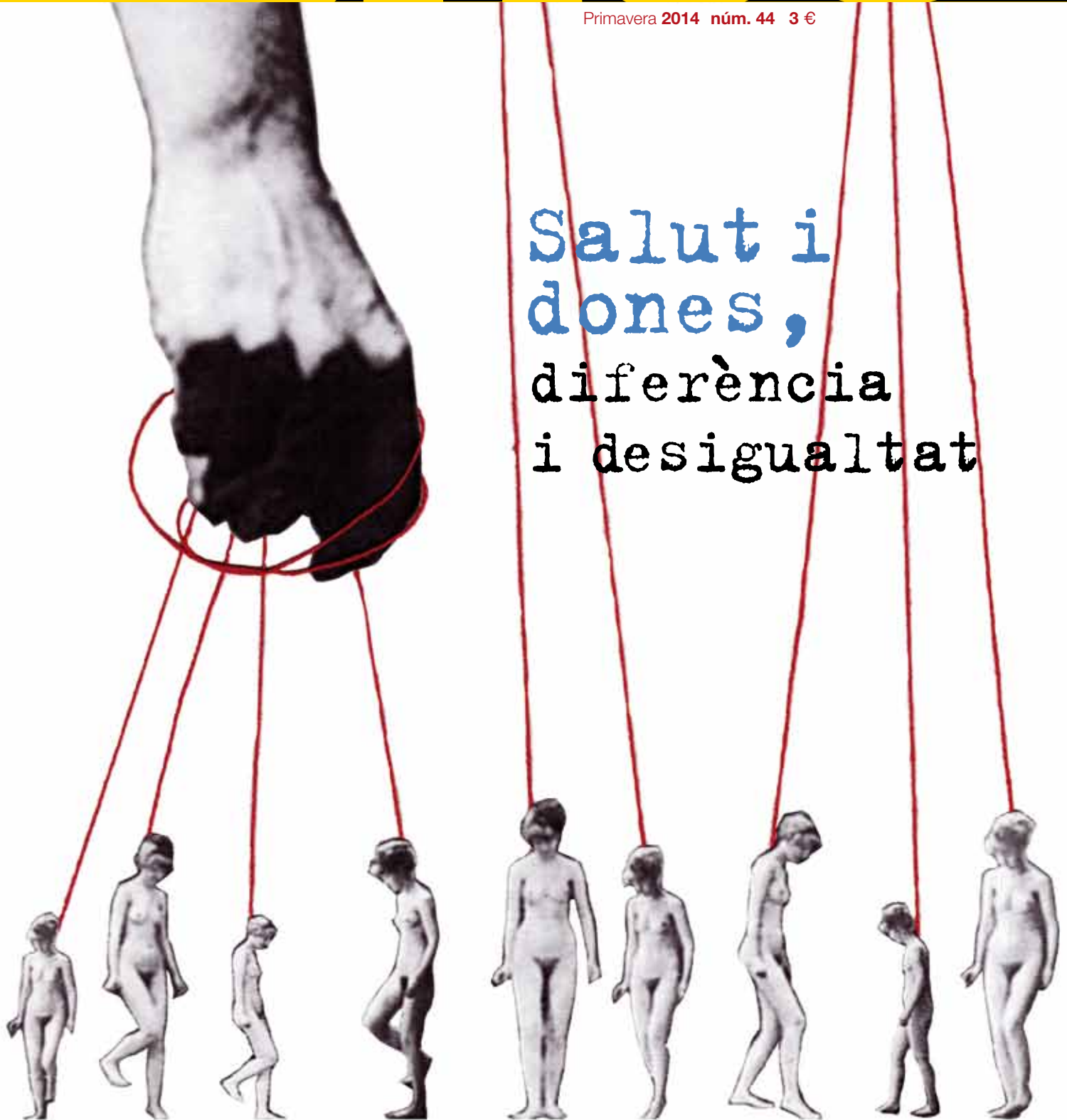


dossier
associació de dones periodistes

dones

Primavera 2014 núm. 44 3 €

Salut i
dones,
diferència
i desigualtat





2014
número 44

sumari

3 Editorial

4-7 Encara preval el patró masculí al nostre sistema sanitari

La perspectiva de gènere, no només històrica, sinó també del sistema sanitari, milloraria l'abordatge de la salut de la dona. Per Esther Escolà

8-11 L'harmonia ignorada de la salut de les dones

La pràctica mèdica, immersa en la cultura androcèntrica, ignora i intervé massivament sobre el cos de les dones i els seus cicles. Per Laia Serra Valls

12-15 Les dones, menys estudiades i més medicades

El biaix de sexe i els estereotips de gènere en la recerca mèdica i farmacèutica tenen conseqüències perjudicials per la salut de les dones. Per Laia Serra Valls

16-19 Administració Administrada

Coordinada per Marta Corcoy

20-23 Salut laboral, en femení

Per Neus Martí Llurba

24-25 La lluita de les dones per la salut

Revisem l'activisme feminista en l'àmbit de la salut; una lluita per ser tractades amb igualtat de condicions i respecte a la diferència

26-28 La salut mental de les dones: un còctel de biologia i patiment social

El risc de patir trastorns mentals es duplica en les dones, per causes biomèdiques i també per desigualtats. Per Neus Ràfols

29-31 Decidir sobre la pròpia sexualitat i maternitat és salut

La salut sexual i reproductiva no és l'únic àmbit de la salut que afecta les dones, però ha estat i és un pal de paller en les reivindicacions feministes per la seva implicació directa amb els estils de vida i llibertats. Per Cristina Mora

32-34 L'avortament, peça clau dels drets sexuals i reproductius

Per Isabel Cidoncha

35-37 La violència contra les dones perjudica la salut

Per Anaïs Barnolas

38-41 Els mitjans reproduïxen els estereotips sexistes del model sanitari

La salut apareix cada cop més als mitjans, però encara manca recerca, periodisme crític i perspectiva de gènere en aquest àmbit de la informació. Per Paloma H. Pastor

42-47 Salut amb mirada de gènere. Testimonis que ens apropen a la ciència mèdica i al tractament diferencial de la salut

42 Anna Veiga

Per Esther Escolà

43 Carme Valls

Per Laia Serra

44 Lucía Artazcoz

Per Neus Ràfols

45 Rosa Segarra

Per Cristina Mora

46 Alba Alfageme

Per Anaïs Barnolas

47 Montserrat Tura

Per Paloma H. Pastor



Editorial

Fa quatre anys que Espanya va equiparar la seva llei d'interrupció voluntària de l'embaràs amb la majoria de legislacions europees, però des de finals del 2013, amb la modificació que vol dur a terme el Govern del PP, l'avenç que aquesta llei suposava per als drets sexuals i reproductius de les dones està en perill de fre i retrocés. De nou es torna a legislar l'avortament com una qüestió ètica –massa sovint moral-, més que de salut i dret de les dones sobre el seu propi cos.

El model sanitari que tenim encara menysté la morbiditat diferencial, és a dir, l'estudi dels efectes d'una malaltia en la població femenina, que és clau per a una bona salut de les dones. L'estudi de la salut de les dones es limita encara a la salut reproductiva, i a més amb una medicalització excessiva en tots els seus cicles vitals. Les desigualtats socials de gènere es continuen reflectint en la salut; el cos de les dones i el dels homes són diferents, però és la desigualtat qui perjudica la salut.

La revista *Dones* de l'ADPC ja havia analitzat qüestions relacionades amb la salut de les dones, concretament en l'àmbit laboral (número 23, any 2006). En aquesta nova edició de *Dones Dossier* abordem els diversos àmbits d'aquest ampli tema perquè continuem havent de remarcar la manca de perspectiva de gènere en la medicina i el concepte de salut, la poca importància que es dóna a l'assistència primària, a l'educació envers la salut.

El nostre sistema sanitari se sustenta sobre el patró d'home blanc occidental. Malalties o simptomatologies que aquest perfil no pateix sembla que no existeixin. El sistema ignora les particularitats de cada persona, esbiaixat com està pel gènere i l'ètnia. Les dones i les diferents ètnies, a les quals afecten de diferent manera les malalties, no són encara estudiades i tractades amb el mateix rigor. El principi universal és una pràctica habitual en el nostre món globalitzat; cal reivindicar la universalització com una suma de les singularitats.

El paper dels mitjans de comunicació ha de ser el de sensibilitzar, informar i denunciar les incoherències, i ressaltar-ne l'ús i l'abús, fins i tot la mala aplicació, de les pràctiques mèdiques. No es pot passar per alt que recerques i estudis posin la nostra salut en mans d'interessos empresarials amb molt poc interès per les persones. Amb aquest monogràfic pretenem cridar l'atenció sobre discriminacions que encara recauen sobre el cos de les dones pel que fa al diagnòstic de les malalties, l'atenció sanitària, l'esforç terapèutic. També volem afavorir la reflexió de la població en general sobre la seva pròpia salut, el coneixement del propi cos i els mecanismes existents de control social amb aparença científica. ■

 **Generalitat de Catalunya**

Revista associada a:



dones dossier

Barcelona, primavera de 2014, núm. 44

Consell de Redacció:

Lina Barber, Mavi Carrasco, Marta Corcoy, Irene Peiró, Montserrat Puig, Elena Riera, Laia Serra

Edita: **Associació de Dones Periodistes de Catalunya**

Rambla de Catalunya 10, 3r.

E-mail: adpc@adpc.cat

www.donesdigital.cat

Tel: 93 412 11 11 / 93 412 46 56

Web: www.adpc.cat

Subscripcions: www.adpc.cat

Coordinació:

Marta Corcoy i Laia Serra Valls

Edició:

Laia Serra Valls

Correcció:

Elena Riera

Disseny gràfic i maquetació:

Alicia Gómez (villuendasgomez.com)

Foto coberta: **Begoña Arostegui** (begarostegui.com)

Impressió: **El Tinter**

Dipòsit legal: B-44.200-2000

Imprès en paper ecològic



Encara preval el patró masculí al nostre sistema sanitari

Malgrat que és evident que la dona té més protagonisme com a subjecte mèdic, ja sigui com a metgessa o investigadora, els reconeixements laboral i públic continuen recaient en la figura masculina, a la qual la medicina ha reservat un paper predominant al llarg de la seva història. Una perspectiva de gènere no només històrica, sinó també del sistema sanitari, el dotarà de més elements a l'hora d'abordar la salut de la dona des d'un prisma més proper a les seves particularitats, aquelles que no les fa ni millors ni pitjors, simplement diferents

Per **Esther Escolán**

La història de la medicina, com la d'altres tantes disciplines, no ha estat gens generosa amb les dones i continua atorgant pocs pòdiums per a elles en ple segle XXI, encara que figures com les de la matrona o la infermera han estat cabdals i representades gairebé al 100% per una dona. La primera, tal com afirma la ginecòloga Daniela Galliano al seu llibre *Historia de la ginecología y la obstetricia*, ja existia des de l'època anomenada preobstètrica, "quan és probable que en els casos de complicació del part, la dona supliqués ajut i alguna altra dona acudís a la crida en la seva forma més elemental: servint-la d'acompanyant i assistint-la. Després, en un moment donat, aquestes assistents abandonarien la seva actitud passiva i s'atrevirien a intervenir per ajudar de veritat, transformant-se d'aquesta manera en llevadora,

personatge que perduraria durant molts segles". La pràctica de l'obstetrícia estaria des de les primeres etapes de la Humanitat, doncs, en mans de les dones, i va donar pas a la professió de llevadora que coneixem avui en dia.

De totes maneres, tant les professions de llevadora com d'infermera –inherents als rols de cuidadora que sempre han estat pressuposats a la figura de la dona– han estat supeditades a la figura del professional titular, un metge, en general home, que les necessitava com meres auxiliars. Tal com afirma Carme Catalan, portaveu de la Xarxa de Dones per a la Salut, "aquí caldria veure a qui i per a què era útil la prohibició per a les dones de l'exercici ple dels seus sabers com a curadores durant molts segles o per què en altres professions 'autoritzades', com la d'infermera o llevadora,

a les dones tampoc se les deixés exercir la seva professió d'una manera autònoma”.

Feminització de la professió mèdica

“Els estudis de Medicina romangueren prohibits a les dones fins a la primera meitat del segle XIX per una societat que les considerava inferiors respecte als homes sobre la base del determinisme biològic imperant al món occidental”, recorda la secretària del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB), Pilar Arrizabalaga, a l'article *La promoció professional de les metgesses, assignatura pendent del segle XXI* publicat al darrer número de la revista del mateix COMB. Al llarg del seu article, Arrizabalaga explica que les primeres dones que van aconseguir permís per llicenciar-se en medicina a l'àmbit espanyol foren d'origen català i ho van fer a finals del segle XIX; durant la primera meitat del segle XX les dones es van començar a incorporar esporàdicament a les aules mèdiques. “No va ser fins al final de la dècada dels anys 60 del segle passat que les dones creixeren entre un 10-15% a les facultats de Medicina, fins a esdevenir una ‘allau’ la primera dècada del canvi de segle”, apunta Arrizabalaga. I així fins als nostres dies, ja que durant les darreres tres dècades, més del 40 % dels col·legiats del COMB han estat dones. Enguany, elles representen més del 70% dels professionals a l'assistència primària i més del 40% en l'àmbit hospitalari espanyol.

La feminització de la professió mèdica, per tant, sembla haver estat un fenomen universal i pot explicar-se, com suggereix el doctor Miquel Bruguera, director de la Unitat d'Estudis Acadèmics del COMB, pel fet que “en els països amb sanitat pública i universal, on els salaris dels metges

estan fixats per l'administració, una gran majoria d'homes han preferit altres activitats professionals amb millors salaris. Les dones, al seu torn, prefereixen la medicina perquè, a més de correspondre's amb la seva tendència a cuidar, entren en joc altres factors com la seguretat d'una activitat laboral estable i amb un horari limitat que deixa temps per dedicar-se a altres coses, com la família.”

Metgesses versus metges

La majoria d'experts parlen de la intel·ligència emocional i l'especial empatia que les metgesses mostren amb pacients i col·legues de professió, així com del compromís i autoexigència que mostren en la seva feina com a valor afegit que ha aportat la dona a l'exercici de la medicina. El doctor Miquel Bruguera explica al seu article *Feminización y ejercicio profesional* que les metgesses utilitzen, en general, un estil de comunicació “més clar, càlid i afable, a banda de presentar les possibilitats terapèutiques d'una manera més oberta i participativa. Les seves consultes duren més temps i són més agradables, tot creant un ambient més positiu mitjançant el llenguatge verbal –ànims, consols i assentiments- i a través de la seva actitud –to de veu amigable i somriures- en comparació als seus col·legues masculins-“. Les metgesses són més sensibles als aspectes emocionals i valoren els aspectes socio-culturals que van més enllà de la malaltia clínica observable, pel que, com resumeix el doctor Miquel Bruguera, “obtenen una visió més global de la persona malalta, el que ajuda a enfocar els tractaments i les recomanacions de manera més útil”. Una més gran feminització de la professió mèdica, amb tots els beneficis que se'n deriven, afavoriria també una notable millora dels

En què volen ser especialistes les futures metgesses?

Dels 9.182 aspirants a MIR l'any 2013, un 66,7% del total van ser dones, amb un increment d'un 1,9% respecte al 2012.

Especialitats mèdiques més triades

Especialitats	% de sol·licituds
D'obstetrícia i ginecologia	87,4%
Cirurgia pediàtrica	87%
Pediatría	85,9%
Neurofisiologia clínica	75%
Pneumologia	74,3%
Reumatologia	74%
Endocrinologia i nutrició	73,7%
Nefrologia	73,6%
Psiquiatria	71,7%
Oncologia mèdica	71,4%
Hematologia i hemoteràpia	71,2%

Especialitats mèdiques menys triades

Especialitats	% de sol·licituds
Cirurgia plàstica estètica i reparadora	30,3%
Cirurgia ortopèdica i traumatologia	42,7%
Cirurgia oral i maxil·lofacial	42,9%
Neurocirurgia	46,2%
Cirurgia toràcica	45,5%
Cardiologia	45,5%
Medicina legal i forense	45,8%

Quadre elaborat segons dades de l'article del doctor Vicente Matas, del Centre d'Estudis del Sindicat de Metges de Granada, publicat el maig del 2013, on analitzava, des d'una perspectiva de gènere, les sol·licituds fetes pels 9.182 aspirants a MIR.

equips multidisciplinaris que atenen als pacients amb malalties cròniques, que afecten actualment un 33% de la població major de 65 anys i representa el 80% de les consultes a l'atenció primària i un 60% a l'hospitalària.

Existeix alguna causa de gènere que expliqui que, durant dècades, elles hagin escollit especialitats d'atenció primària en la majoria de casos i ells es fessin càrrec de les quirúrgiques? En paraules del doctor Miquel Bruguera, “un podria pensar que la dedicació a l'atenció primària és menys exigent que una especialitat hospitalària i, per tant, més compatible amb la maternitat i la dedicació a la família”, tot i que celebra que aquesta dicotomia “s'hagi anat corregint amb el temps i que cada cop hi hagi més dones cirurgianes”.

L'etern sostre de vidre

Si parem atenció, això no obstant, a l'altra cara de la moneda, la OCDE també apunta que només el 12% dels llocs de direcció en l'àmbit sanitari i menys del 4% dels catedràtics de Medicina són dones. En aquest sentit, Carme Catalan apunta que aquestes discriminacions de gènere “són indirectes i afecten també a altres treballadores i professionals sanitàries, no només a les metgesses, però el que encara és més greu és que les patronals i administracions que s'alcen en defensa de la igualtat d'oportunitats siguin, paradoxalment, les primeres que bloquegen aquest avenç”.

Aquesta discordança entre el nombre de dones que exerceixen de metgesses i el nombre de les que ocupen càrrecs directius o acadèmics podria deure's, segons apunta el doctor Miquel Bruguera al seu article *Feminización y ejercicio de la medicina* “a una aspiració més baixa de les dones a accedir a càrrecs d'un major rang, tot i que aquesta interpretació no es fonamenta en cap estudi; en canvi, el fet que el sistema de designació és d'una clara influència masculina tindria més sentit: la resistència dels metges homes a cedir espais professionals d'un major nivell a les seves col·legues dones podria ser una explicació d'aquesta situació”.

Un exemple és el que recull l'article *Reconocimiento profesional a médicos y médicas*, elaborat per Bruguera,

entre altres, el 2013, i que analitza la proporció entre guardonats i guardonades pel Premi a l'Excel·lència que el mateix COMB concedeix des del 2004. “Hem calculat quants metges i quantes metgesses han estat distingits entre 2004 i 2012, així com la proporció entre homes i dones als jurats de cadascuna de les categories”, afirma l'article, el qual mostra una correlació inequívoca entre una cada cop major presència de dones al jurat i un nombre major de dones entre les premiades.

A aquesta camaraderia entre homes també fa referència la tècnica superior d'Anatomia Patològica i Citologia Dolores Moreno, que tot i no haver-se sentit menyspreada pels seus col·legues homes al llarg de la seva trajectòria, destaca el fet que les dones sempre hagin “de mostrar i demostrar constantment el que valen i, en aquest esforç, acabem imitant rols més aviat masculins per cridar l'atenció d'ells i perdent part de la camaraderia entre nosaltres, les dones”.

Un atac frontal a les habilitats directives de les dones en l'àmbit sanitari va venir de la mà d'aquells que van afirmar que les metgesses, pel sol fet de prescriure més proves diagnòstiques als pacients i, en canvi, menys visites ambulatories i d'altres hospitalàries que els metges, estaven posant en perill l'eficiència del sistema sanitari. “Una simplificació inapropiada que considera que l'eficiència es mesura únicament per la quantitat d'altres mèdiques efectuades i pel consum de recursos, sense tenir en compte altres indicadors de qualitat”, matisa el doctor Miquel Bruguera.

Més enllà de meres reproductores

Fins ara hem analitzat el paper de la dona com a subjecte mèdic, però ara toca repassar com ha estat l'evolució del seu paper com a objecte mèdic, és a dir, com a pacient. Tot i tenir-la en compte, històricament, com a element principal en la reproducció humana, l'abordament de la dona com a pacient “va anar en paral·lel a la incorporació de la dona en molts altres àmbits com a resultat de la seva concepció com a ésser independent, en igualtat de condicions que l'home”, apunta l'Anna Veiga, directora científica del Servei de Medicina de la Reproducció de

Premi a l'Excel·lència del Col·legi de Metges de Barcelona (COMB)

Any	Membres del jurat		Dones premiades
	Dones	Homes	
2004	9	33	10
2009	11	31	13
2012	16	27	15



Guardonats i guardonades pel Premi a l'Excel·lència 2013.

FOTO: COMB

l'Hospital Universitari Quirón-Dexeus. El seu protagonisme creix en altres esferes com l'educació, el treball, la política, etc. i a poc a poc comença a veure's la dona més enllà del seu paper reproductiu, que d'altra banda va servir per crear un ecosistema al voltant de la salut reproductiva de la dona però també més enllà d'aquesta. I és que, com afegeix Veiga, "la dona representa un subjecte global i, com a tal, la seva salut i qualitat de vida comprenen la suma de moltes més disciplines, disciplines que és interessant que adoptin una perspectiva de gènere per incorporar de manera més acurada les especificitats de la dona en determinades malalties i tractaments".

Aquest punt de vista el secunda la doctora i assessora a l'Institut de la Mujer i a l'Observatorio de Salud de la Mujer Sara Velasco, quan afirma que "per assolir la igualtat i equitat en salut entre homes i dones és necessari promoure la inclusió de l'enfocament de gènere a tots els nivells del sistema de salut". "Cal incorporar –continua Velasco– marcs teòrics i enfocaments que abastin un concepte de salut integral, entès com un procés en el qual influeixen la biologia, el context social i l'experiència subjectiva viscuda, a banda de parlar de factors socials i de vulnerabilitat psicosocial i com aquests afecten de manera diferent homes i dones."

Uns factors van més enllà del context pròpiament sanitari i que l'Organització Mundial de la Salut (OMS) convida a tenir en compte per millorar la salut de les dones i les nenes. L'informe *Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana*, que l'OMS va elaborar el 2009, posava de manifest que, tot i els avenços duts a terme per les dones com a subjecte i objecte d'estudi mèdic, "les societats no atenen encara les necessitats sanitàries de les dones en moments clau de la seva vida, com l'adolescència i la vellesa". Tot i que el gruix de l'atenció sanitària recau en mans de la dona arreu del món, en aquesta atenció no s'aborden les necessitats i els problemes específics de les dones al llarg de la seva vida, motiu pel qual l'aleshores directora general de l'OMS, la



doctora Margaret Chan, qüestionava el següent: "Si es nega a les dones l'oportunitat de desenvolupar plenament el seu potencial humà, inclosa la possibilitat de portar una vida més sana, ¿està vertaderament sana la societat en el seu conjunt?"

Per la seva banda, la tècnica superior sanitària Dolores Moreno apunta que el principal entrebanc rau en una mala interpretació del terme igualtat: "Ni som iguals ni el nostre cos, els nostres sentiments o les nostres hormones ho són, de la mateixa forma que no interpretem igual les situacions ni ens motiven les mateixes coses, pel que cal que se'ns proporcionin les mateixes oportunitats com a éssers humans, des de la infància –amb l'educació en la tolerància i el respecte– i no creant comitès o estructures per abordar la igualtat de gènere en l'àmbit sanitari." "No s'ha d'esmenar el problema, sinó prevenir-lo, que al final és la base que persegueix l'àmbit de la salut", conclou Moreno. ■

RECURSOS

- ABOUZAH, C., DE ZOYA, I. y GARÍA MORENO, C. *Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana*. Organització Mundial de la Salut, 2009.
- ARRIZABALAGA, P. "La promoció professional de les metgesses, assignatura pendent del segle XXI". Número 139 de la *Revista del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona* (desembre de 2013).
- BRUGUERA, M. y ARRIZABALAGA, P. "Feminización y ejercicio de la medicina". *Revista Medicina Clínica* (maig de 2009).
- BRUGUERA, M. et al. "Reconocimiento profesional a médicos y médicas". *Rev Clin Esp*. 2013. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2013.10.008>
- GALLIANO, D. *Historia de la ginecología y la obstetricia*. Servei d'Obstetrícia i Ginecologia de l'Hospital Virgen de las Nieves (Granada), 2007.
- MATAS, V. *Balance del SIMEG sobre distribución de plazas MIR en convocatoria 2013*. Disponible a: <http://www.medicosypacientes.com/articulos/plazas-mir9513.html>
- VELASCO, S. *Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud*. Observatorio de Salud de la Mujer, 2008.



L'harmonia ignorada de la salut de les dones

Per gaudir d'una bona salut cal viure segons allò que és més saludable per al propi organisme. Això que sembla tan obvi, s'esvaeix quan es tracta del cos de les dones, davant una pràctica mèdica, immersa en la cultura androcèntrica. Els diversos cicles que experimenta el cos de les dones al llarg de la seva vida s'han vist intervinguts massivament des de la medicina amb un patró masculí

Per **Laia Serra Valls**

Les dones vivim més anys que els homes arreu del món i en tot tipus de condicions, som el sexe fort, i sembla que hi ha algun factor biològic. Ho afirma Carme Valls, endocrinòloga que porta més de vint anys treballant i investigant la salut de les dones. “La dona té més defenses enfront de les infeccions, que són la principal causa de mortalitat humana”. Cert és que les diferències s'estan escurçant perquè els antibiòtics estan fent alentir la mortalitat masculina.

Segons la seva observació, Valls estableix que aquestes defenses més altes enfront de les infeccions, fan la dona

més vulnerable a les malalties autoimmunes; les dones vivim més anys però tenim més malalties cròniques.

L'especificitat del cicle

El cicle menstrual de la dona, una menstruació de 28 dies, una ovulació cada 14 dies, és, diu Valls, un fet insòlit a la naturalesa. Es tracta d'una “harmonia especial”, en paraules de Valls, vulnerable a la contaminació mediambiental: “Hem omplert el medi ambient de disruptors endocrins, i la primera vulnerabilitat ha estat per a les dones”, explica la metgessa. L'extensió de l'ús del DDT des de la II Guerra



Mundial i dels insecticides, l'augment de les dioxines en l'aire provinents d'incineracions i de la crema de petroli; totes aquestes partícules presents en l'aire, en l'aigua i els aliments estan afectant tots dos sexes –Valls recorda l'augment de l'esterilitat tant masculina com femenina– però a la dona li altera el cicle menstrual, els riscos de càncer de mama. Així, doncs, la vulnerabilitat de les dones és exògena: “No és perquè hem nascut dones que som més vulnerables, sinó que som més vulnerables perquè hem contaminat l'ambient”.

Medicina perplexa davant la complexitat

Tot consultant bibliografia, trobem un volum titulat *Questions de femmes*. L'autora, la doctora Anne Kervasdoué, hi escrivia: “es poden dominar les regles”. Podem, realment? Davant de problemes menstruals, la prescripció d'anticonceptius és majoritària. Valls és taxativa: “Abolim la regla; és fals que regulem la regla. A una persona que pren anticonceptius el cervell li funciona diferent que a una altra dona que no en pren. Expliquem-li la veritat, no li diguem que li regularà, expliquem-li que li dissimularà la regla i la tindrà cada mes, però no tindrà les mateixes hormones”.

Com se segueixen i s'estudien les patologies que afecten les dones? Ojuel fa referència a la professora Teresa Ruiz i explica: “els dos grans biaixos en la salut de les dones són que és diferent i és desigual. De vegades es considera que una malaltia o un medicament és igual en els homes i en les dones, i no sempre és així. Altres vegades, en canvi s'assumeixen unes diferències que no tenen per què existir i s'acaben mostrant com desigualtats”.

Tabús i ignorància en perjudici de les dones

Davant de la complexitat, la medicina ha reaccionat medicalitzant. Segons Carme Valls, “la vida reproductiva de les dones, l'etapa menstrual, la

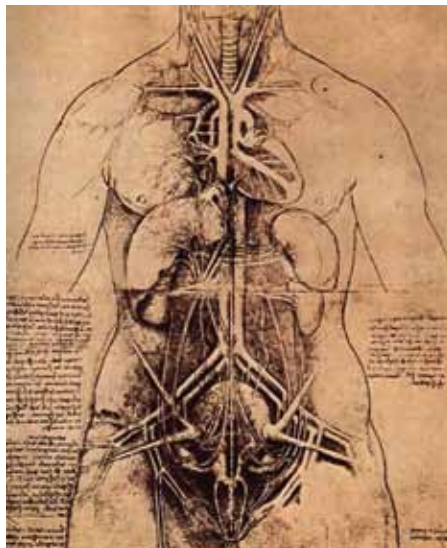
Salut de les dones i medi ambient

El cos de la dona és un bio-acumulador químic; té més cèl·lula grassa que el de l'home, per poder donar vida i alletar, i aquesta absorbeix les substàncies químiques. El DDT, per exemple, dura 30 anys a la cèl·lula grassa. “Si acumules, i tens durant aquest temps un tòxic a la sang, que imita el paper dels estrògens, tindràs regles més abundants, més cel·lulitis, trastorns de la menstruació, etc., i si a sobre et donen més estrògens, que és l'anticonceptiu, aniràs sumant un cercle viciós”, explica Carme Valls.

Hi ha indicadors que demostren l'avenç de la pubertat i també de la menopausa als països occidentals; segons Valls, “no hi ha cap raó biològica perquè això estigui passant, a més això s'està donant més en zones més industrialitzades o contaminades. No està passant en zones més verges”. La pubertat precoç és més rellevant a la vora de les incineradores i a la vora de llocs on hi ha contaminació ambiental més alta, afirma Valls, perquè els disruptors endocrins, i en general, molts productes de medi ambient tòxics, com insecticides, etc., afecten el sistema hormonal de la dona, els augmenta ràpidament la presència d'estrògens al cos i comencen a tenir pèl al pubis a 7 anys, i comencen a tenir regles entre 8 i 9 anys.

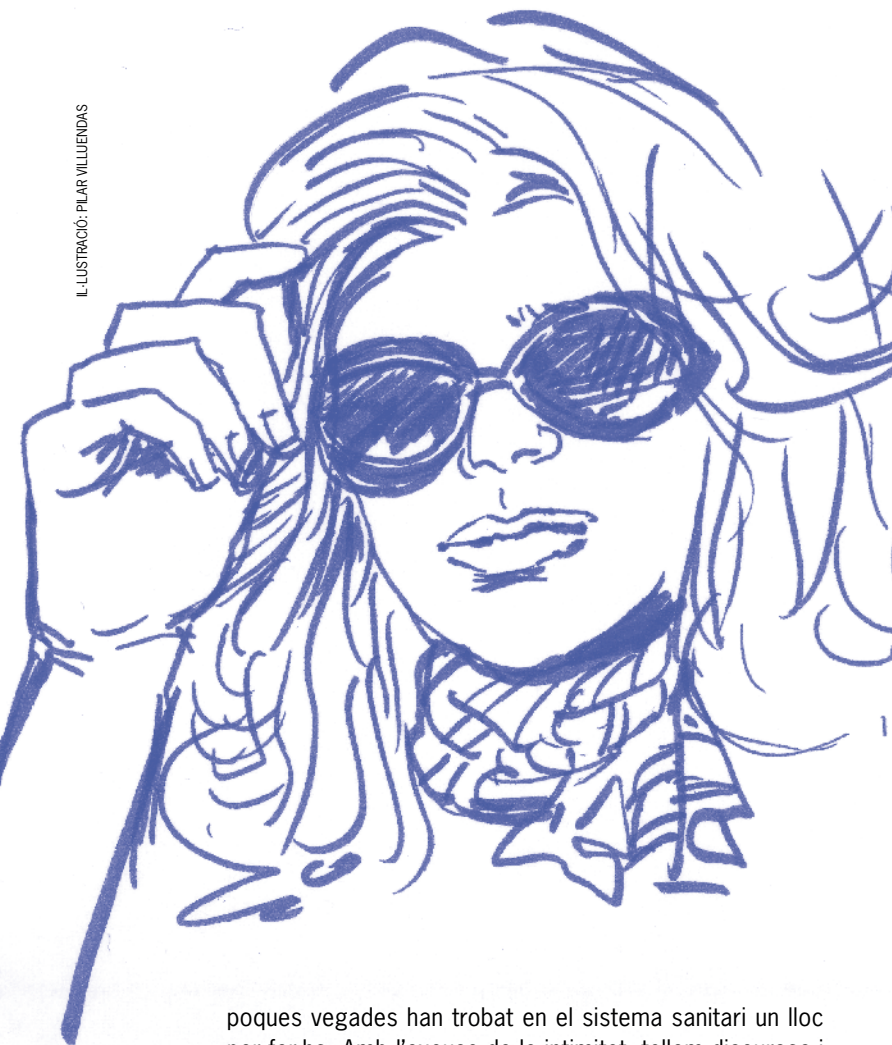
La SESPAS, Societat Espanyola de Salut Pública i Administració Sanitària, el 2013 enviava una carta a les responsables científiques i la secretaria general de la Comissió Europea per manifestar la seva preocupació pels efectes sobre la salut humana i ambiental dels disruptors endocrins i demanar l'adopció de mesures i polítiques urgents per reduir l'exposició de la població i el medi ambient a aquests tòxics. Enguany, i pel mateix motiu, va interpel·lar a la ministra de Sanitat espanyola.

menstruació, abans era un tabú, no se'n parlava. Ara la dona busca ajuda quan té trastorns de la menstruació. Per desgràcia la medicina hi respon medicalitzant de seguida la menstruació i donant-li anticonceptius sense buscar per què passa”.



Esborrany de Leonardo da Vinci d'anatomia, els òrgans de la dona, 1507.

Si la sexualitat femenina és el gran tabú, Julia Ojuel remarca que encara ho és més en situació de malaltia: “Tradicionalment la sexualitat en les persones amb alguna malaltia s'ha enfocat als homes joves, després d'un infart, d'una intervenció de pròstata o d'una lesió medul·lar. En casos de càncer de mama, la reconstrucció té un objectiu estètic, no necessàriament de plaer, i en les intervencions ginecològiques es parla de la sexualitat com la possibilitat de ser penetrades i no tant de gaudir del sexe. Jo parlo molt de sexe a la consulta, amb dones amb colostomies, problemes respiratoris, esclerosi múltiple, que



poques vegades han trobat en el sistema sanitari un lloc per fer-ho. Amb l'excusa de la intimitat, tallem discursos i preguntes que preocupen les dones”.

A banda de tabús, en relació a la salut de les dones hi ha també ignorància, especifica Valls. Els problemes urològics de les dones, per exemple, no s'han estudiat prou. Valls denuncia que les infeccions d'orina de repetició, per exemple, molt freqüents en les dones –perquè amb els anys la bufeta s'aixafa, està diferentment col·locada, i fa que l'orina no s'elimini totalment– és un problema de l'envelliment poc estudiat: “Aquests temes són tabús però per ignorància. Crec que no ho haurien de ser. Haurien d'estar estudiats o dedicar-hi més recursos per a estudiar-ho, perquè és el més freqüent en l'assistència primària”.

Segons Valls, s'intervé amb anticonceptius durant la vida reproductiva de les dones i a la menopausa amb Teràpia Hormonal Substitutiva (THS), “i mentrestant no assistim bé als problemes concrets que té aquella dona al llarg de tota la seva vida. Potser una anèmia, o falta de tiroides... Coses fàcils i econòmiques de tractar, però no ho tractem perquè és el que diem morbiditat diferencial i no està ben estudiada, no es coneix. La ignorància és una mala consellera, i a la dona, la ignorància respecte de la medicina, li està fent molt mal. Quan hi ha ignorància, falta ciència, l'estem hipertractant”.

El summum de la hipermedicació

La menopausa ha estat present en la consulta mèdica i és objecte de medicació en les últimes dècades. Com recorda

Cànons de bellesa i salut

L'envelliment està mal vist en la nostra societat. Sobretot el de les dones. La pressió mediàtica sobre el cànon de la joventut i la bellesa és innegable. Julia Ojuel, metgessa d'atenció primària, afirma: “Tornem als estereotips de gènere, la ‘Ley del agrado’, que diu la filòsofa Amelia Valcárcel. La dona ha d'agradar i s'ha de cuidar per estar maca, jove, i, sobretot, prima. En medicina hem convertit les persones grasses en obeses”. Ojuel recorda la funció de les cèl·lules grasses en el cos de les dones, i per això, diu que defensa: “més que el pes ideal, el ‘sobrepès ideal”.

Segons Valls, més enllà d'aquesta pressió mediàtica i social, també hi ha qüestions ambientals que no s'estan atenent: “Moltes noies que no s'agraden a elles mateixes també tenen raó, tenen més cel·lulitis del que els tocaria per edat”, afirma, i explica que la cel·lulitis, excés d'estrògen en cèl·lula grassa i retenció d'aigua, està augmentant com a conseqüència de l'excés de disruptors endocrins en el medi ambient.

En un altre registre, Julia Ojuel també apunta una qüestió complicada: “Hi ha situacions dures, la pressió per la reconstrucció de la mama després d'un càncer és molt alta, suposa de vegades una altra operació després d'un procés llarg de malaltia. També em criden l'atenció l'ús diferencial de les perruques amb la quimioteràpia, ¿per què els homes amb càncer de pròstata que els hi cau el cabell no en porten?”

Valls, “hi ha hagut un biaix molt criticat per la ciència”. Es refereix a la publicació, en el *New York Times*, de xifres que relacionaven la THS –administrada a discreció entre 1995 i 2000– amb l'augment dels casos de càncer de mama. “Les dones americanes van disminuir el consum de THS de 60 milions de prescripcions anuals a 20 milions. El càncer de mama va disminuir en 20 mil dones; és el primer cop a la història que s'ha pogut comprovar que baixant una intervenció mal feta baixava un càncer en el sexe femení”, explica Valls.

Els efectes secundaris que s'havia alertat que tenia el fet de deixar de tenir la regla “s'han hagut de minimitzar quan s'han fet els estudis científics pertinents”, explica Valls.

Des de la perspectiva de les medicines naturals fa anys que es donen alternatives a la medicació, per equilibrar els possibles desajustaments que pot provocar un canvi com és el de deixar de sagnar cada mes; i també la medicina tradicional ha constatat que “és una etapa bona perquè s'estabilitza molt el cos, deixes de perdre ferro, si et cuides tots els altres aspectes de la salut, els ossos, les artèries, no tens cap risc pel fet que vingui o no vingui la menstruació. Això ha estat un negoci de la indústria farmacèutica sobre el cos de les dones”, sentència Valls.

Com a culminació d'aquest procés medicalitzador hi ha els processos de prevenció, com ha passat amb la vacuna

El plaer d'envellir?

L'envelliment, explica Julia Ojuel, és més saludable ara per a tothom. Hi ha moltes dones que viuen molts més anys però arriben amb més incapacitats a la vellesa, i moltes vegades amb menys recursos familiars i socials de cura. "De tota manera, també veig que moltes de les dones tenen una xarxa informal d'amigues, germanes, veïnes i comares", explica Ojuel.

L'associació envelliment-degeneració no té per què ser ben bé així. És cert, afirma Valls, que hi ha vitalitat que es perd i per això ella vol saber més sobre "com podem envellir amb el màxim de qualitat de vida": el seu programa al Centre d'Anàlisi dels Programes Sanitaris, Dona, Salut i Qualitat de Vida, contempla precisament això. "Envellir, envellim, però podem estar cansades i adolorides o podem estar vitals amb l'edat que tinguem i que no sigui una tortura aixecar-se al matí pel dolor". Una altra cosa són les arrugues, el canvi de forma del cos... Segons Valls, "s'havia venut que els tractaments de la menopausa evitarien això; és la part medicalitzadora, perquè no és veritat". El THS, afirma rotundament, no dona un envelliment més saludable. Valls està comprovant bons resultats amb suplementes de vitamina D; i també la farmacèutica Ana M^a Lajusticia ha fet estudis sobre els del magnesi. A més, recorda Valls, "s'ha d'estudiar tot el que és envelliment de les artèries".

del Virus del Papil·loma Humà (VPH), que es va incorporar en el calendari de vacunacions sistemàtiques de Catalunya l'any 2008 seguint el consens amb la resta de comunitats autònomes i l'Estat al Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut. S'aplica en nenes entre els 11 i 14 anys. Rosa Chacón, gerent d'Integral centre mèdic i de salut, que va fent el seguiment sobre els temes de medicalització, "terme que ja ens hem acostumat a utilitzar, sobretot en els processos vitals de les dones i en particular de la vacuna VPH".

"Val la pena vacunar una nena de dues soques del virus del papil·loma humà del qual n'hi ha 15 més que són cancerígenes?" es pregunta Carme Valls, no només des del punt de vista mèdic, sinó també econòmic. El cost públic d'aquesta vacuna no tindria una plena justificació, perquè les citologies s'hauran de continuar fent, "no és veritat que la vacuna preveu el càncer de cèrvix. Només en preveu dues soques. Això és el que tenim ara al mercat", afirma Valls. Ara per ara, segons Valls i altres veus expertes, els efectes secundaris són massa elevats davant la protecció que ofereix la vacuna; i a més va en detriment d'un element molt important de prevenció del virus, que és l'educació sexual i l'ús sistemàtic del preservatiu.

El document d'actualització del 2013 sobre la vacunació contra el VPH del Programa de Vacunacions de l'Agència

de Salut Pública amb el suport del Comitè Tècnic de Vacunes del Consell Assessor de l'Agència de Salut Pública de Catalunya, afirma: "que la introducció de la vacunació del VPH en el calendari de vacunacions va ser una decisió adequada i que continua sent la intervenció més efectiva i eficient dins de les estratègies per reduir l'impacte de càncer de cèrvix en les dones de Catalunya". Segons Rosa Chacón, que va fer el Postgrau en Conflicte i Violència Social amb un seguiment de la implementació de la vacuna VPH al calendari vacunal, és una afirmació agosarada. Per demostrar-ho dona fe d'un estudi que laboratoris Merck estan preparant sobre la dosificació de la vacuna: "encara no se'n sap tant".

Segons Julia Ojuel, la sanitat pública, que "ha arribat a ser molt bona en aquest Estat", s'està veient molt afectada per les retallades, "sobretot quan van acompanyades de retallades en l'àmbit social. La sensació que tinc és que s'ha perdut equitat, ara mateix no està rebent més del sistema sanitari la persona que més ho necessita". Es refereix a les despeses en campanyes "de dubtosa eficàcia" per a gent sana, com ara la vacuna del papil·loma. Ojuel reclama estudis independents, davant la "gran dependència de la recerca de la indústria farmacèutica", i continua: "En el tema de la prevenció, s'han de començar a desemmascarar els conflictes d'interessos. I és necessària una educació que deixi de presentar les dones com les generadores de cura de la família, apoderant-les per la seva pròpia salut". ■

RECURSOS

- De Kervasdoué, Dr., Anne. *Questions de femmes*. Odile Jacob. 1989 (1^a ed.). Paris, 2004. p. 37 Valls i Llobet, C. "Les dones i la salut" a *Articles Feministes*, n° 3. Programa Ciutats i Persones, Institut de Ciències Polítiques i Socials. Col·leccions CiP. Barcelona, 2010.
- Serra Valls, L., et alt. "La menopausa no és cap malaltia", a *Userda*. 2005
- *Actualització virus papil·loma humà*. Disponible a: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Vacunacions/documents/Arxius/actuali_vacunacio_papiloma_huma.pdf
- Carta de SESPAS a la CE. 2013. Disponible a: http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/Letter_EDC_SESPAS_Spain.pdf
- Carta de SESPAS a la Ministra de Sanitat Ana Mato. 2014. Disponible a: http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/Carta_Sanidad+MA_EDC%20%281%29.pdf

Les dones, menys estudiades i més medicades

Vista l'existència de la morbiditat diferencial i la poca consideració que aquesta rep generalment a la consulta, observem la recerca mèdica i farmacèutica. Darrere de certs problemes de salut irresolts de les dones hi ha massa sovint estereotips de gènere i finalment, les dones són menys estudiades i més medicades

Per **Laia Serra Valls**



L'article 27 de la Llei per la igualtat efectiva de dones i homes inclou la integració del principi d'igualtat en la política de salut i concretament, "el foment de la recerca científica que atengui les diferències entre dones i homes en relació amb la protecció de la seva salut, especialment en allò que es refereix a l'accessibilitat i l'esforç diagnòstic i terapèutic, tant en els aspectes d'assajos clínics com assistencials". Des dels anys 90 ja es debatia el biaix de gènere en atenció sanitària i també la manca de representació de les dones en recerca clínica. Segons Carme Valls, endocrinòloga i especialista en salut de les dones, "de no ser-hi el 1990, hem passat a un 38% de presència de dones en treballs de recerca".

Biaix de gènere en recerca diagnòstica

Les dones en general tenen més malalties cròniques que agudes, explica Valls, les quals són poc estudiades perquè van a parar menys als hospitals: "La ciència mèdica neix als hospitals, on es tracten principalment patologies agudes"; quan hi ha dolor i cansament, principals efectes de les malalties cròniques, s'acudeix a l'atenció primària, que de mica en mica va desenvolupant la seva ciència, però encara no hi dóna resposta.

La recerca s'ha prioritzat sobre les malalties mortals, i quan han aparegut la sida i altres malalties molt prevalents que han causat molta mortalitat, han obligat a dedicar-hi molts recursos sanitaris. La salut de la dona, es lamenta Valls, s'ha deixat relegada "com la ventafocs de la medicina", i en canvi caldria estudiar des del punt de vista científic la salut reproductiva, la menstruació, els efectes secundaris dels anticonceptius a llarg termini... "No s'ha de deixar la dona com a calaix de desastres de la medicina i que li vagin passant problemes", conclou.

Un mòdul de formació per a formadors i formadores en perspectiva de gènere en salut, publicat el 2006 pel

Ministeri de Salut i elaborat per la professora María Teresa Ruiz-Cantero, reafirmava l'existència de poca producció científica sobre desigualtats de gènere en l'accés, ús i qualitat assistencial sanitària. A més, reconeixia que la informació nova que s'ha generat sobre els biaixos de gènere assistencials respecte a les malalties cardiovasculars "involucra principalment l'àmbit hospitalari, i molt poc l'atenció primària".

La presència de dones en assajos clínics i recerca mèdica encara és ínfima; Carme Valls afirma que "l'absència de dones és un greuge total a la recerca". D'altra banda, el biaix no és només de sexe, sinó també d'ètnia i d'edat; segon Julia Ojuel, metgessa d'atenció primària, "durant temps s'ha donat per fet que l'estudi del pacient blanc, home, occidental i jove era suficient per generalitzar a tota la població. Això provoca que faltin estudis d'evolució de les malalties i d'efecte dels medicaments en gent gran, en dones i en persones d'altres ètnies".

Estereotips en l'acompanyament terapèutic

La malaltia cardiovascular és la primera causa de mortalitat en les dones, sobretot en edats avançades. Segons Julia Ojuel, els símptomes en elles es consulten més tard i es retarda el diagnòstic; es dona per fet que els símptomes són els mateixos que en els homes, que han estat el cos de referència per a la medicina.

A més, segons Paz Ferrero, presidenta de l'Associació d'Afectats de Càncer d'Ovari, ASACO, "és possible que moltes dones posposin les seves necessitats a la dels altres; encara assumeixen un paper secundari". Aquest podria ser uns dels factors, apunta Ferrero, perquè concretament el càncer d'ovari es detecti en molts casos en l'estadi III, avançat. Els rols de gènere, el paper de cuidadora de les dones, subjauen segons l'article *Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico*, al retard entre l'inici

dels símptomes i la monitorització (120 minuts els homes enfront de 153 minuts les dones) que mostrava l'estudi IBERICA (sobre isquèmia coronària aguda).

Segons Ojuel, ha afavorit molt el bon seguiment de les dones la informatització dels Centres d'Atenció Primària: ara és molt difícil que a una dona amb infart no se li faci cas; o que, com es va destapar als anys 90, a les dones se'ls facin menys trasplantaments de ronyó. Ara, diu Ojuel, la desigualtat s'evidencia en el tracte, que reflecteix estereotips socials: "Actualment, aquesta bretxa segueix existint, per exemple, les dones reben menys rehabilitació cardíaca, sobretot les dones grans. Perquè es considera que no farà grans esforços".

Malalties emergents

En el cos de la dona, i també en el dels homes, estan apareixent malalties com fatiga crònica, fibromiàlgia i sensibilitat química múltiple (SQM), que actualment ja es diagnostiquen però "tenen poc tractament i poca ciència. Un altre calaix de desastres", afirma Valls, que continua: "Molta dona es col·loca com a víctima en aquest calaix de desastre del dolor i cansament i es victimitza perquè no té sortida, es diu que aquestes malalties són incurables –que jo no ho crec". La seva recerca actual està centrada en el dolor, en el diagnòstic diferencial del dolor i del cansament, perquè creu que "hi ha moltes fibromiàlgies i fatigues cròniques que en realitat són morbiditat diferencial no ben diagnosticada, resumint-ho molt".

El 2011, des del Ministeri de Sanitat es va elaborar un document de consens sobre la SQM. S'hi reclama la promoció de "mesures encaminades a millorar la vida de les ciutadanes i els ciutadans per assolir l'equitat en la salut tot actuant sobre els seus determinants socials", així com "l'adopció d'un enfocament biopsicosocial i de gènere a l'hora de concebre i abordar el procés de salut-malaltia". Cada vegada es disposa de més dades que demostren els



Mujeres y ensayos clínicos
Elisa Chilet Rosell; María
Teresa Ruiz Cantero
Centro de Estudios sobre la
Mujer. Universidad de Alcan-
te. Col·lecció Lilita Joven.
Alacant. 2009



Portada del Document
de Consens sobre
Sensibilitat Química
Múltiple del Ministeri de
Sanitat, Política Pública i
Igualtat. 2011

Es reclamen protocols de detecció per al càncer d'ovari

El càncer d'ovari es diagnosticaria precoçment amb la inclusió d'un examen pèlvic i una ecografia transvaginal en les revisions ginecològiques anuals i amb l'ús estandarditzat del marcador tumoral que mesura l'antigen CA-125; el càncer de pròstata generalment es detecta precoçment perquè s'utilitza de forma estandarditzada un marcador tumoral en les revisions.

Dins del càncer ginecològic, el d'ovari és el menys prevalent. Però és el més agressiu i que causa més mortalitat entre els càncers ginecològics, ja que se sol detectar en estadis avançats.

Paz Ferrero, presidenta d'ASACO, associació d'afectades d'aquesta malaltia, explica: "No hi ha una detecció precoç i la revisió anual ginecològica no és una prioritat en la seguretat social. Moltes dones no tenen una història ginecològica". A més, és desconegut. És probable que encara sigui un càncer tabú i estigui estigmatitzat, segons Ferrero: "La pèrdua de la fertilitat en dones joves, el desajust hormonal amb la implicació en canvis d'humor i manca de libido, o els efectes secundaris com l'osteoporesi, requereixen tractaments cars o especialitzats i, per exemple en l'aspecte hormonal, no hi ha consens mèdic de com abordar-los".

Cada any es diagnostiquen més de 450 casos d'aquest tumor a Catalunya, el 3,4% dels càncers en dones, segons la doctora Angels Arcusa i Lanza, cap del Servei d'Oncologia de l'Hospital de Terrassa i subdirectora de

l'Institut Oncològic del Vallès. És el quart càncer en ordre d'incidència en dones i el segon en càncers ginecològics. És la primera causa de mort per càncer ginecològic i la sisena respecte del total de càncers. "Fins a quan hem d'esperar les dones a tenir un indicador tumoral preparat, provat i eficaç per a la detecció del càncer d'ovari?" es demana la filla de l'Àngela. A la seva mare la van derivar a diverses especialitats sense trobar-li un tumor de gran envergadura. Per la seva història clínica, perquè el càncer d'ovari té símptomes difosos i perquè no va trobar personal mèdic qualificat i preparat per detectar i derivar a l'especialista idoni.

Fer-se valdre davant el metge

Les associacions de persones afectades i professionals reivindiquen i impulsen la recerca i sensibilitzen per a una derivació a especialistes experts. I són un suport emocional, que és clau, moltes vegades. A ASACO animen les dones a reafirmar-se i posicionar-se amb assertivitat davant dels agents de salut, com les millors coneixedores del seu propi cos, necessitats i desitjos. La filla de l'Àngela recorda com l'uròleg que la va explorar, que no li va detectar el tumor de 20x10x15, sense escoltar el dolor que expressava la seva pacient, no va ajudar-la ni a pujar a la llitera i, és més, li va retreure que es queixava massa. Un millor tracte, hauria donat un millor diagnòstic?... "Si per les dones, i per mi mateixa, aquest càncer era invisible, si en desconexem nosaltres mateixes aquests símptomes, com podem verbalitzar-ho quan ens trobem davant d'un metge així, com el que es va trobar la meua mare?".



múltiples vincles entre el gènere i la salut.

Davant d'aquestes "situacions clíniques prou desconegudes", Julia Ojuel reconeix que possiblement hi estan implicats tòxics ambientals, tesi que defensa Valls, "però la majoria d'estudis sobre tòxics s'han fet en el món laboral i sobre homes joves, amb una fisiologia molt diferent de la de les dones", apunta Ojuel. Observa el dolor des del vessant psicosocial, com quelcom "que té alguna cosa a veure amb el malestar de les pressions de gènere" i subratlla "el contrast que hi ha entre la desautorització a les dones en aquestes situacions i l'acarnissament terapèutic al qual són sotmeses; un reflex d'allò que passa socialment".

Fàrmacs per dones sense dones

L'excés de medicalització afecta més les dones. Hi ha excepcions, com ara els tractaments preventius de les hiperlipèmies i el colesterol, explica Carme Valls, s'ha generalitzat el tractament del colesterol amb estatinas "sense haver fet bons estudis epidemiològics que correlacionin l'excés de colesterol amb la mortalitat". I a qui li està produint més efectes secundaris és a les dones, "els provoca molt més dolor muscular, els altera la creatina quinasa",

puntualitza Valls, i conclou: “El fàrmac prescrit també s’ha d’haver estudiat, observant les diferències, en l’home i en la dona. I això és precari en aquest moment”.

Els efectes secundaris de molts medicaments són diferents en dones i homes. “Molts fàrmacs no havien estat estudiats en els dos sexes”, explica Valls. Però això no evita que se’ls prescriu igualment. La guia pràctica clínica de prevenció de l’ictus, per exemple, inclou un apartat sobre les diferències de gènere. Això no sempre es reflecteix en la pràctica clínica, segons Ojuel, “i s’ignora un dels principis bàsics de la medicina com és l’equitat”.

Segons un estudi realitzat en el moment de la publicació de la Llei d’Igualtat sobre la participació de les dones en els assajos clínics, dels 25 documents analitzats, 5 desagregaven les dades per sexe i edat; 13 no aportaven cap dada desagregada per sexe ni cap conclusió; 3 no expressaven tampoc resultats desagregats per sexe però sí descrivien per aquesta variable els esdeveniments adversos greus, i en 4 no s’hi trobaven ni resultats ni conclusions. Només el 20% dels resums revisats proporcionava dades desagregades per sexe. Al Programa elaborat per Ruiz-Cantero, de Formació de Formadors/ores en perspectiva de gènere en salut, afirmava: “El maneig de la producció de nou coneixement des del prejudici s’expressa no preguntant per temes rellevants, i no presentant les dades desagregades per sexe, el que té com a conseqüència l’en-

fosquiment dels processos que expliquen les diferències i desigualtats de gènere en l’assistència sanitària.

Com canviar la tendència?

El finançament és clau per una perspectiva de gènere en la salut, en la sanitat. Segons Carme Valls és necessari donar ajudes a la recerca en malalties cròniques, i quan el cost-benefici sembla molt elevat -un negoci poc interessant-. “Les agències i organismes públics de recerca haurien de finançar estudis que s’adeqüin a l’esperit de la Llei [d’Igualtat]”, segons les recomanacions, publicades el 2010, per Elisa Chilet Cols i el grup de treball per a l’estudi de la inclusió de dones en els assajos clínics i anàlisi de gènere dels mateixos de la Universitat d’Alacant. Una anàlisi de pros i contres, i valoracions de la regulació europea per part d’experts, etc., el document, també recomanava la creació d’un document de consens “que donés suport metodològicament al compliment dels requisits necessaris”. El 2013 s’ha elaborat el primer consens científic publicat al nostre país per a un abordatge diferenciat de les dones afectades per VIH.

Valls també defensa una altra política, que ja ha començat a dur-se a terme en revistes científiques prestigioses com *Lancet* o *New England*, “que ja no accepten treballs que no incloguin dones”. ■

RECURSOS

- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE, núm. 71. 2007. Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-6115-consolidado.pdf>
- Laguna Goya, N., De Andrés Rodríguez-Trelles, F. “Participación de las mujeres en los ensayos clínicos según los informes de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. 2007”. A: *Revista Española de Salud Pública*, Nº 3, 2008. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272008000300010&script=sci_arttext
- Chilet Cols, E. “Recomendaciones para el estudio y evaluación de las diferencias de género en los ensayos clínicos de fármacos en España”. A *ICB digital*. Nº 66. 2010. Disponible a: <http://se-fc.org/gestor/imagenes/icbdigital/icb66.pdf>
- Ruiz-Cantero, M.T. *El enfoque de género en la investigación y la difusión del conocimiento*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2006. Disponible a: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/12modulo_11.pdf
- Ruiz-Cantero, M.T., Verdú-Delgado, M., “Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico”. A *Gaceta Sanitaria*. Vol. 8. Barcelona. 2004. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400019
- Documento de consenso. *Sensibilidad Química Múltiple*. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. 2011. Disponible a: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/SQM_documento_de_consenso_30nov2011.pdf
- Guia pràctica clínica sobre la prevenció primària y secundaria del ictus. Agència d’Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. 2009. Disponible a: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Malalties_de_l_aparell_circulatori/pdf/gpc_prev_ictus_aatrm-08.pdf
- Primer consenso científico para el abordaje diferenciado del VIH en mujeres. A *Gaceta Médica*. 9/9/2013 Disponible a: <http://www.gacetamedica.com/noticias-medicina/2013-09-09/especializada/primer-consenso-cientifico-para-el-abordaje-diferenciado-del-vih-en-mujeres/pagina.aspx?idart=772065>

Uniformitzar la salut, no beneficia a les dones

Tot i que en la majoria dels països les dones tenen una esperança de vida més alta que els homes, hi ha una sèrie de factors sanitaris i socials que fan que la qualitat de vida d'aquestes sigui menor. Les desigualtats en l'accés a la informació, l'atenció, la violència masclista, els abusos sexuals, la dificultat de decidir sobre el propi cos durant l'embaràs i el part, la major vulnerabilitat al contagi d'algunes malalties de transmissió sexual, entre d'altres augmenten els riscos de salut de les dones.

Segons dades de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) el 35% de les dones arreu del món han patit violència física o sexual, ja sigui per la seva parella o per tercers, aquesta violència està present en tots els nivells econòmics i edats i té greus conseqüències sobre la salut de les dones, ja siguin embarassos no desitjats, infeccions de transmissió sexual, depressions, enfermetats cròniques... La violència masclista és doncs una qüestió de salut pública que cal tractar com a tal i tenir en compte a l'hora de diagnosticar i tractar les dones arreu del món.

Hem d'avançar cap a la no discriminació de les dones en tots els àmbits, també en l'àmbit de la salut, reformes com la de la Llei de l'Avortament proposada pel Partit Popular van totalment en contra d'aquest avenç i ens fan retrocedir en anys i en idees, sotmetre les dones a l'exili mèdic perquè puguin avortar en condicions o sotmetre-les a avortar sense les condicions mèdiques necessàries, no són més que un exemple de discriminació. Segons l'OMS, cada any moren al món 47.000 dones per complicacions i milions de dones més pateixen lesions derivades d'avortaments insegurs. Qualsevol legislació en aquest àmbit doncs, té conseqüències sobre la salut de les dones.

Els motius per acostar-se als serveis sanitaris, els diagnòstics, les malalties o les conseqüències que comporten per a la vida dels homes i les dones no són els mateixos, per això, cal tractar les dones i els homes des de les diferències biològiques, socials i culturals i entenent el context de gènere en què vivim.

Quan analitzem en la majoria dels àmbits les diferències i discriminacions per raó de gènere, ens adonem que sempre hi ha hagut segregació entre sexes, per exemple en el sistema educatiu o en el mercat de treball, en canvi però, en el món de la salut es produeix tot el contrari, una homogeneïtzació, considerant i tractant igual les patologies, els símptomes, inclòs la medicació de les dones i els homes. En aquest sentit, se succeeixen diagnòstics erronis sense tenir present les diferències entre els aspectes biològics, simptomatològics, socials i culturals.

Aquesta tendència uniformitzadora, que vol considerar dones i homes 'iguals' perjudica especialment les dones, la seva qualitat de vida i el seu benestar. És per això que és imprescindible introduir la perspectiva de gènere en l'àmbit sanitari, aquest és un pas més per aconseguir la igualtat real entre dones i homes. ■

Lluïsa Moret i Sabidó

Alcaldeessa de Sant Boi de Llobregat



Iniciació a la Marxa Nòrdica. Dia Internacional d'Acció per la Salut de les Dones 2012. Sant Boi de Llobregat

900 900 120

**Contra la violència
masclista**

Atenció 24 h



**ARA,
LA HISTÒRIA
ENS CONVOCA**

COMMEMOREM EL TRICENTENARI

Ets protagonista d'una història escrita entre tots. Per ells, pels teus, per tu, pels que vindran, has arribat fins aquí. Si mires enrere hi veuràs el rastre d'un camí que no ha estat fàcil. Davant, només s'hi veu l'horitzó. El que hem viscut és a la nostra memòria, el que hem de viure és a les nostres mans.

tricentenari.cat

1714  2014

Érem. Som. Serem

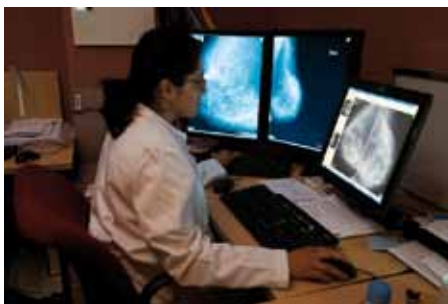


**Generalitat
de Catalunya**

Dona i salut: una mirada de gènere

La salut és un actiu i un valor integrador i compartit que es construeix des de molts àmbits i sectors que van més enllà dels serveis sanitaris. El dret a la salut és un dret de tots i de totes, i perquè es faci efectiu hem de reconèixer els factors que influeixen en la salut dels homes i de les dones i no limitar-nos a enfocaments que només centren l'atenció a les diferències de sexe. Actuar contra les desigualtats de gènere en la salut requereix intervenir sobre tots els àmbits on es generen i fer-ho amb una mirada de gènere. És per això que la perspectiva de la salut està molt present al **Pla Municipal per a la igualtat d'oportunitats real i efectiva entre dones i homes**.

A Barcelona s'han allargat els anys d'esperança de vida, sobretot per a les dones. Això planteja nous reptes: en viure més anys tenim un risc més elevat d'aïllament, una percepció més elevada de mala salut i patim un alt grau de malaltia crònica (artrosi, artritis, hipertensió...). Per afrontar aquesta realitat hem dissenyat unes polítiques que compten amb programes i serveis, com la teleassistència, radars, *Baixem al carrer* i *Activa't als parcs*, etc., orientats a evitar els efectes de la solitud de les persones grans i que promouen el benestar i la qualitat de vida.



Programa de prevenció del càncer de mama de Barcelona: unitat especialitzada de l'Hospital del Mar

També impulsem,

- una estratègia de salut afectiva, sexual i reproductiva, amb la participació del teixit associatiu i dels serveis sanitaris.
- el programa del cribratge del càncer de mama que gestiona l'Agència de Salut Pública de Barcelona i que ha contribuït a la millora del pronòstic d'aquesta malaltia en moltes dones sense distincions per nivell socioeconòmic.
- el món laboral. A Barcelona, la Unitat de Salut Laboral estudia més de 500 casos anuals de trastorns relacionats amb la feina, i es detecten trastorns ansiosos-depressius, i risc de mala salut mental, sobretot, entre dones ocupades. Aquests aspectes són motiu d'anàlisi i reflexió per part del Consell de Salut Laboral, que recentment ha dedicat un premi a distingir les millors iniciatives en el món laboral que tinguin present la perspectiva de gènere.

Cal continuar aprofundint en aquesta visió de gènere, oberta i mobilitzadora, en la construcció d'una societat i d'una Barcelona saludable, que generi entorns i oportunitats de salut per a tots i totes. ■

Cristina Iniasta i Blasco
Delegada de Salut
Ajuntament de Barcelona

ACTIVITATS

ADPC

2014

JULIOL

- 151 alcaldesses.
- Presentació recerca "Dones i homes en els governs locals catalans 2003-2011".
- Reconeixement a les alcaldesses històriques i a les més joves.

SETEMBRE

- Presentació de l'anàlisi continuada sobre l'impacte de les recomanacions sobre el Tractament de la Violència Masclista als Mitjans de Comunicació 2013.
- Debat amb homes que treballen en l'atenció i la prevenció de la violència masclista.

NOVEMBRE

- 22 aniversari de l'ADPC i Premis de Comunicació no Sexista 2014.

L'assetjament sexual i les seves conseqüències sobre la salut

L'Ajuntament de Terrassa ha aprovat recentment el **Protocol de Prevenció i Atenció en situacions d'assetjament sexual**, per raó de sexe o diversitat sexual en el treball, per dotar el seu personal d'una nova eina de protecció envers aquest tipus d'abusos. Cal recordar, en aquest sentit, que l'assetjament sexual ha estat un dels problemes que amb més assiduitat han hagut de suportar moltes dones -i també alguns homes- en l'entorn laboral, i que a més de vulnerar drets fonamentals -el dret a la salut i a la seguretat en el treball- té conseqüències personals i professionals greus.

Parlem d'un fenomen antic però encara poc conegut i sobre el qual no abunden els estudis en profunditat. Sens dubte, a la invisibilitat d'aquest fenomen contribueixen a parts iguals les reticències de les afectades a denunciar els fets, motivada en bona mesura per l'escassa sensibilitat i suport de l'entorn, així com la manca de mecanismes clars d'actuació - però amb conseqüències devastadores a tots nivells.

I és que l'assetjament sexual afecta negativament les relacions laborals -provoca pèrdua de motivació i productivitat, augmenta l'absentisme i l'autoacomiadament- però, sobretot, afecta la salut psicològica de les treballadores que el pateixen.

L'assetjament produeix reaccions relacionades amb l'estrès, ansietat, depressió, estats de nerviosisme, sentiments d'indefensió, impotència, baixa autoestima... La salut física també es veu ressentida, amb trastorns de la son, problemes gastrointestinals... En definitiva, causa una simptomatologia física i psicològica, que pot desembocar, en alguns casos, en trastorns més greus que requereixen seguiment psicològic o psiquiàtric perllongat.

No parlem, doncs, d'una problemàtica menor. Amb l'elaboració del Protocol i la seva difusió, totes les persones de l'organització han de saber que determinats comportaments i actituds no es toleren i que es disposa de mecanismes per prendre mesures immediates si es té coneixement d'ells. L'assetjament sexual afecta greument les persones i les organitzacions, i no podem mirar cap a una altra banda. En cas contrari, seriem còmplices d'una greu desigualtat i estaríem perpetuant la violència contra les dones. ■

Almudena Almagro

*Regidora de Polítiques de Gènere
de l'Ajuntament de Terrassa*

Neix la Xarxa de Dones Emprenedores de Cornellà

Un grup de dones emprenedores, empresàries i directives han creat recentment la Xarxa de Dones Emprenedores de Cornellà.

Es tracta d'una iniciativa d'unes dones vinculades al món de l'empresa en qualsevol de les seves vessants, que viuen i/o treballen a Cornellà, que pretenen crear sinèrgies, fomentar la creació, consolidació i lideratge femení impulsant iniciatives, projectes i empreses. Tenen clar que volen ser professionals però també un tant alternatives.

En forma d'**Associació**, sota paràmetres de **Xarxa**, han obert un espai de trobades des d'on s'ofereix: Networking. Formació empresarial actual, específica, pràctica i singularitzada. Esdeveniments creatius i culturals. Esdeveniments empresarials. Visibilitat als negocis. Descomptes en els serveis. Compartir informació. Sinèrgies amb altres xarxes. Col·laboració amb altres entitats.

Entre els seus principals objectius, destaquem els de, Fomentar l'actitud emprenedora per generar idees o projectes. Recolçar emprenedores i empresàries que vulguin donar un pas endavant. Crear un Directori de sòcies, per compartir experiències, coneixements, béns, serveis. Presència i visibilitat en els òrgans de decisió i representació. Crear xarxes de col·laboració i sinèrgies entre les associades. Defensar les capacitats de les dones al món empresarial, normalment amb homes al capdavant. Promoure noves formes d'organitzar el temps per facilitar la conciliació de la vida personal i professional. Promoure la



Presentació el dijous 22 de maig de la Xarxa al Citilab. El programa, entre d'altres, va comptar amb la conferència "Dones professionals i comunicació en públic" a càrrec de la catedràtica de la Universitat de Barcelona, Estrella Montoliu.

diversificació professional de les dones al mercat laboral. Identificar i intercanviar iniciatives i innovació al món empresarial. Cerca de recursos econòmics i patrocinis.

El grup promotor està format per: **Elena Losada**, il·lustradora i dissenyadora gràfica, **Marta Llamas i Ana Tomás**. Gestió i formació, **Marisol Ramón**. Perruqueria, **Eva Rodríguez Martínez**. Moda ètica i sostenible. Activitats de caire cultural, **Ana Calvo**. Fotògrafa, **Maria Rascón**. Nineka: un projecte solidari per a la investigació del càncer infantil de l'Hospital Sant Joan de Déu., **Amanda Gómez Durán**. Artesania, **Car-men Villuendas**. Serveis de neteja, **Maria i Roser Mèlich**. Dietètica i massatges, **Laura Alcàntara**. Dissenyadora gràfica. Impremta digital, **Eva Gris**. Formació en dansa, cant i teatre musical. ■

Judith Ibáñez

*Comissionada en Polítiques d'Igualtat
de l'Ajuntament de Cornellà de Llobregat*

La salut laboral, en femení

En el moment en què s'uneixen els conceptes treball, salut i dona; quan les dones van tenir l'oportunitat d'incorporar-se al mercat laboral, aquest presentava una estructura completament masculina. Feines, horaris i les poques prestacions que hi havia, havien estat especialment pensats per donar resposta a una mà d'obra masculina. El gruix dels treballadors eren homes i el mercat laboral, des de feia segles, s'havia dissenyat i reorientat seguint les seves necessitats. Quan la dona hi va treure el cap, després d'anys de lluita reivindicant el seu dret al treball remunerat, es va topar amb una realitat que es manté inalterable

Per **Neus Martí Llurba**

Al llarg dels segles, el treball s'ha organitzat de manera que permetés les famílies complir amb les obligacions que comportava sense descuidar les altres necessitats: la cura –de fills, avis, llar...- La fórmula era senzilla: els homes a la feina i les dones a casa, treballant també, però sense remuneració. D'aquesta manera, aparentment molt vàlida, totes les necessitats quedaven cobertes. Excepte una: la de les dones i la seva voluntat de valdre's per si mateixes. Conscients que el treball proporciona eines que, més enllà del fet material, aporten creixement personal, les dones van lluitar per entrar en aquell món que els havia estat vetat.

Va costar però avui en dia ningú, o gairebé ningú, posa en dubte el dret de les dones a incorporar-nos al mercat laboral. Però ningú, tampoc, ens ha deslliurat de les tasques que teníem assignades des de temps immemorials.

L'atenció als fills, al nucli familiar i a la llar segueix recaient essencialment, en les dones. Els resultats de la darrera Enquesta de l'Ús del Temps, realitzada per l'Institut d'Estadística de Catalunya, referent al curs 2010-2011 mostren una distribució molt desigual entre homes i dones pel que fa als treballs remunerats i les feines relacionades amb la llar i la família: les dones dediquen quatre hores i catorze minuts diaris a les tasques de la llar, mentre que els homes hi esmercen dues hores i trenta-cinc minuts.

Elles segueixen cuinant, anant a comprar, portant les criatures a l'escola i planxant. Ells hi col·laboren cada vegada més, però sense fer-se seves les tasques, sinó "per ajudar". La situació no està igualada. Les dones s'han incorporat al mercat laboral i fan el mateix horari que els homes. Si se sumen les hores totals que treballen, les hores lliures després d'una jornada laboral queden en gairebé



FOTO: Secretaria Confederal de Comunicació de CCOO



FOTO: Secretaria Confederal de Comunicació de CCOO

no res. A tot això s'ha d'afegir la inflexibilitat d'horaris que tenen la majoria de les empreses que fan impossible la conciliació familiar. I mentre els malabarismes cada cop s'assemblen més als que es fan a una funció de circ, no és d'estranyar que els conflictes comencin a treure el cap i que molt d'ells acabin derivant en problemes de salut més o menys greus.

Malaltia vs accident laboral

El binomi “dona-malaltia laboral” és una combinació de la qual no s'ha parlat gaire. Malgrat sí que hi ha estudis i dades que demostren que moltes dones pateixen malalties degudes a la feina, ja sigui de forma directa o indirecta, sorprenentment no se n'ha fet gens de ressò. En els darrers anys, les campanyes de prevenció han anat íntegrament destinades als accidents laborals, i s'ha realitzat una gran tasca que sembla que a poc a poc ha ajudat a reduir-ne el nombre. Però el sector de la societat que més accidents pateix és el masculí, per una qüestió de segregació de les feines. Mentre els homes es dediquen a una tipologia de treballs que deriva en un risc més elevat de patir un accident, les dones treballen en feines més repetitives o en què han d'estar en contacte continu amb productes químics, el que acaba desembocant amb un percentatge molt més elevat de malalties que no pas d'accidents. Però de les malalties se'n parla poc, o gairebé gens.

Evidentment hi ha homes que també pateixen malalties vinculades a l'entorn laboral, però paraules com ara *fibromiàlgia* o *fatiga crònica* o *depressió* evoquen més els universos femenins. I aquí comença el gran problema. Es tracta d'un tipus de malalties de les quals no se saben massa coses: què les provoca?, quina és la simptomatologia clara que presenten? La medicina disposa de molt poques eines que permetin diagnosticar aquestes dolences i el desconeixement mèdic provoca que unes malalties que pateix un volum elevat de la població siguin difícils de

diagnosticar i, per tant, s'acaben convertint en inexistents. El famós “cuento” del qual parlen aquells a qui no interessa posar nom i remei a aquest tipus d'afectacions.

Així ho explica Neus Moreno, de la Secretaria de la Dona del sindicat Comissions Obreres: “El motiu pel qual les malalties femenines relacionades amb l'àmbit laboral no es visualitzen tant és precisament perquè les dones pateixen molts menys accidents laborals que els homes. Per cada dona que té un accident laboral, hi ha cinc homes que en pateixen un. El motiu és el tipus de feina, ja que l'índex més elevat d'accidents de treball es troba, fonamentalment, en les feines masculines”, afirma. “Tot el que té a veure amb la malaltia, amb l'exposició a productes químics, amb l'ergonomia o amb l'estrès, no es considera d'importància i ha quedat molt relegat a un segon terme. Això provoca que en les condicions de treball i salut de les dones, la cultura predominant de la prevenció no es visualitza. I en la nostra societat, allò que no es veu no existeix”. D'aquesta manera hi ha un elevat nombre de la població activa del país que es troba completament indefens davant unes problemàtiques que poden arribar a esdevenir molt greus. Però el problema no acaba aquí. Els accidents o malalties que pateixen les dones que es dediquen exclusivament a les tasques de la llar no apareixen per enlloc. No són accidents ni malalties laborals, ja que la seva tasca no està reconeguda com una feina.

Factors de perjudici

L'Anna Maria pateix fibromiàlgia, síndrome de fatiga crònica i síndrome de la sensibilitat química múltiple, entre altres malalties. I quan en parla no té clar si les seves dolences vénen donades explícitament per l'entorn laboral on es van desenvolupar. “El meu cap fumava moltíssim. Podia arribar a tenir tres cigarretes enceses a la vegada, i jo vivia amb aquell ambient carregat. A més, hi va haver una època en què vam fer reformes a l'oficina i vaig haver



FOTO: Secretaria Confederal de Comunicació de CCOO





Anna Maria, que ens ha donat el seu testimoni

de treballar amb una olor de pintura molt forta", explica. "Si això em va provocar la malaltia o no, no ho puc saber". No pot demostrar que els seus problemes de salut siguin derivats de l'entorn de treball i això li genera, a ella i a totes les persones que pateixen malalties d'aquest tipus, un estrès afegit a causa de la incomprensió que la seva situació genera a gran part de la població.

Però, com anar a la feina quan el cos no respon? Com rendir al treball si les olors que t'envolten et provoquen un seguit de reaccions negatives a l'organisme? Moltes de les dones que es troben en situacions similars a la de l'Anna Maria comencen amb una baixa per malaltia i acaben acomiadades. Sense recursos, malaltes i a casa, a seguir treballant, tirant endavant la llar i la família- que això no s'atura i sense cobrar.

Una altra situació que acaba derivant en greus problemes de salut mental i que, altra vegada, té molta més incidència entre el sector femení, és l'assetjament sexual. Aquells comportaments que ataquen la dignitat de les persones, sovint de les dones, ja sigui de forma verbal o física, comporta unes conseqüències devastadores en la ment de qualsevol persona: baixa autoestima, sentiment de culpabilitat i un llarg etcètera de sentiments reprimits que acaben afectant la salut. "Hem de millorar les condicions de treball i les regles del joc per tal que aquestes s'adaptin a les necessitats de la nostra societat", explica la Neus Moreno. "Hauríem de tornar a engegar l'objectiu de l'estat del benestar".

Però Catalunya i el conjunt de l'Estat espanyol travessen una profunda crisi econòmica que ha tingut una incidència devastadora en l'àmbit laboral. Les empreses necessiten reduir costos i moltes, per fer-ho, acomiaden treballadors o, amb sort, els demanen que treballin més pel mateix sou. Això ha fet empitjorar encara més la situació laboral al nostre país i la traducció és senzilla: la salut de les persones es veu afectada per un context socioeconòmic que desborda a qualsevol.

Amb la crisi, la salut empitjora

Un estudi realitzat per l'*American Journal of Public Health* l'any 2004 ja establia que el percentatge de dones que es trobaven en situació de desocupació era més elevat que el dels homes. La crisi no ha fet més que agreujar aquestes dades i són moltes les dones que han tornat a les feines de la llar, i a esdevenir persones econòmicament dependents. Però en aquesta situació, la salut de la dona juga amb una mica d'avantatge respecte a la de l'home. "L'atur acostuma a afectar més la salut dels homes perquè hi ha un factor que determina l'estat de salut, que és el suport social. Aquest suport té a veure amb el reconeixement que un rep per part de la societat, i els homes estan molt més pressionats en aquest sentit", explica Moreno, i continua: "Les dones, amb totes les tasques que realitzem dins la llar, hem creat un espai afectiu i emocional a casa que ens permet afrontar la situació de desocupació amb un enfocament una mica més positiu".

Però en el cas de les dones que es veuen afectades per l'allargament de la jornada laboral amb hores extraordinàries, la situació és força més dramàtica. Si fins ara la conciliació familiar ja era complicada, amb una jornada laboral més extensa aquesta es converteix en insostenible. Qui té cura dels familiars i de la casa? Els sous no pugen, al contrari, cada cop són més minsos, i cada vegada són menys les persones que es poden permetre contractar algú que s'encarregui de tenir cura dels seus familiars. Les ajudes de l'estat lligades a la Llei de la Dependència han quedat atrapades en una llista d'espera interminable i és impossible accedir a una residència per a la tercera edat pública. La solució? No n'hi ha. I les conseqüències són aclaparadores.

Les mobilitzacions ciutadanes han posat de manifest el malestar que ha provocat una llei laboral que permet que les empreses posin a disposició pròpia el nostre temps lliure, destruint llocs de treball i precaritzant el mercat laboral. L'increment de les discriminacions laborals per raó de sexe és evident, amb una taxa d'ocupació femenina d'un 50,6%, deu punts per sota de la masculina. La diferència en les taxes d'atur també es fa palesa, amb un 26,8% entre les dones i un 25,3% entre els homes aquest 2014, i una diferència abismal en els sous: les dones cobren, per una mateixa feina, un 77% del que guanyen els homes. Amb aquesta situació, moltes dones es veuen abocades a deixar els seus llocs de treball per tornar a ocupar l'espai de la llar, d'on havien sortit en cerca de noves oportunitats. La involució comença i, com sempre, els més afectats acaben sent els més desprotegits.

Patologies més comunes

Més enllà de malalties com la fibromiàlgia o la síndrome de la sensibilitat química, les dolences que es troben al capdamunt de les llistes d'afectacions que tenen les dones són les relacionades amb la salut mental: ansietat, angioxa,

depressió i tantes més que, altra vegada, són difícils de diagnosticar i que acaben derivant en situacions poc favorables per a la treballadora. El rang d'edat de les persones que les pateixen no està definit perquè qualsevol persona, en qualsevol moment de la seva vida, les pot patir.

En segon lloc hi ha les afeccions relacionades amb el sistema músculo-esquelètic. Aquestes sí que es donen molt més entre les dones, ja que són elles les que s'encarreguen dels treballs més repetitius. En aquest cas, les afectacions apareixen en edats avançades, després d'anys d'haver estat repetint un mateix gest o treballant en una mateixa postura. "En aquests casos, la llei estableix que quan en una empresa hi ha una treballadora que pateix una malaltia relacionada amb la feina, s'ha d'investigar què és el que li ha produït i se li han de modificar les condicions de treball", explica la Neus Moreno. "A la vegada, s'ha d'estudiar si les persones que fan la mateixa feina que ella corren risc d'agafar la mateixa malaltia i mirar de prevenir-ho. Això és el que diu la llei però, una altra cosa és el que passa a la realitat a les empreses", afirma. "Amb una llei que empara molt més l'empresari que els i les treballadores, difícilment s'aconsegueix que tots aquests drets tan bàsics s'acompleixin".

I finalment hi ha les malalties relacionades amb la sensibilitat química, que no són difícils de detectar perquè la simptomatologia és ben clara, però que sí costa determinar què les ha provocat. És degut a l'entorn amb el qual s'ha estat treballant o no? Per a aquestes darreres tampoc hi ha una tendència respecte a l'edat; les pot patir qualsevol persona i comporten un canvi tan radical de vida que generalment acaben anant acompanyades d'altres problemes de salut, com ara depressions i d'altres malalties.

El panorama no és alentidor però cal seguir treballant per aconseguir unes condicions més dignes. El treball ens ha de millorar la qualitat de vida, no ens l'ha de prendre, i de la mateixa manera que des de governs i institucions s'han impulsat tot un conjunt de campanyes per tal d'acabar amb el flagell dels accidents laborals, comença a ser hora que es facin visibles tot un conjunt de dolences que, mentre no es reconeguin, no faran res més que empènyer les persones que les pateixen a un estat de marginalitat. I una societat malalta sense possibilitats de sanar-se ni de mantenir-se per si mateixa no farà res més que agreujar un problema que ja s'està patint ara: qui cuida d'aquestes persones? I qui cuida de les persones que aquestes dones, ara malaltes, cuidaven? ■

Indicadors del mercat de treball per analitzar les desigualtats en el panorama laboral a l'estat espanyol

	Taxa d'activitat (%)	Taxa d'atur (%)	Taxa d'ocupació (%)
Total	60,1	24,6	45,3
Homes	67,2	24,6	50,6
Dones	53,5	24,7	40,2

Font: Ministerios de Empleo y Seguridad Social. Octubre 2012

Accidents de treball i malalties professionals a l'estat espanyol (2011)

	Accidents de treball		Malalties professionals		Total
	N	%	N	%	
Homes	368.465	72	10.394	58	378.859
Dones	144.119	28	7.528	42	151.647
Total	512.584	100	17.922	100	530.506

Font: www.meyss.es

N=número absolut de casos

RECURSOS

- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., Cortès, I. "Unemployment and Mental Health: Understanding the Interactions" Among Gender, Family Roles, and Social Class
- Enquesta de l'ús del temps (2011-2012). Institut d'Estadística de Catalunya. Disponible a: <http://www.idescat.cat/novetats/?id=1134&lang=es>
- Comissions Obreres . Guía Sindical: Mujeres, Trabajos y Salud. (Barcelona, 2012.)
- Moreno, N., Moncada, S., Llorens, C., Carrasquer, P. "Doble presencia, trabajo doméstico-familiar y asalariado: espacios sociales y tiempos". Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS); Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). 2011

La lluita de les dones per la salut

L'autoconsciència va ser fonamental en l'activisme dels anys setanta i continua fins a les expressions més contemporànies per la llibertat de pensar i actuar sobre el propi cos de les dones. **Revisem la lluita de les dones per fer visible a la medicina i a la societat tot allò relacionat amb la seva salut, per ser tractades amb igualtat de condicions i respecte a la seva diferència**

La divulgació, essencial

Els moviments feministes i periodistes professionals van elaborar els primers anys de democràcia diverses publicacions per visibilitzar temes que afectaven les dones i concretament aspectes de la salut tabús i monopolitzats pel sistema patriarcal.



Leonor Taboada escrivia el 1978 el Cuaderno Feminista 'Introducció al self-help', publicació innovadora sobre la re apropiació per part de les dones del seu propi cos.



El número 5 de la revista Opción (1977) abordava la salut mental. El reportatge de Marina Pino estava il·lustrat amb fotos de Colita.

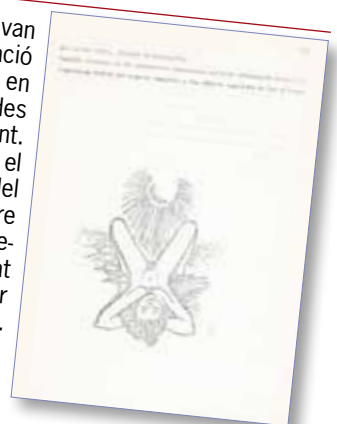


L'Alcoholisme entre les dones, tema tabú, al nº 9, 1977

Taboada va presentar en tres parts a la revista 'Vindicación Feminista' el concepte i la pràctica del 'Self-Help', "un canvi profund de la vida, fora de les trampes que ens agredeixen permanentment".



El col·lectiu La Mar van elaborar una publicació per ser testimonis en primera persona des de dins del moviment. Aquesta imatge era el colofó d'un text arrel del Conveni Feminista sobre la salut de la dona celebrat a Roma i organitzat per Gruppo Feminista per la Salute della Donna. Número 2, 1977.



Aquesta publicació totalment didàctica i en format de còmic s'adreçava a les dones per explicar-los tot sobre la contracepció i l'avortament segur. Edicions l'Eina, sense data.

Medicina oncològica segle XXI; lluïta pel nostre cos. Reflexions d'una filla

"Hem de ser conscients de nosaltres, inclòs el nostre cos. Que no ens sigui usurpat pel patriarcat en forma de bates, proves, tipificació del teu cos.

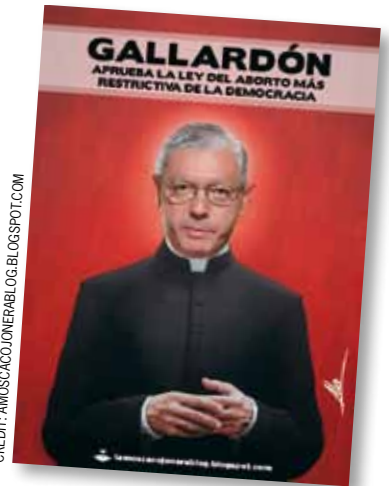
Se n'apropien a través de la posada en escena, després amb vels que et cobreixen, posicions que et col·loquen a la seva mercè, les proves i més proves... I després, en canviar el nom del nostre cos, les nostres vísceres, amb els "seus" noms: carcinoma serós d'alt grau compatible, carcinomatosi peritoneal, desenvolupa quadre de sèpsia, hidronefrosi bilateral... Els metges no et veuen, a la meua mare no la veien, miraven l'historial i li preguntaven, sí, però només buscaven la confirmació dels seus resultats mèdics. Les pacients, els pacients, per al personal mèdic som un destorb; si poguessin, parlarien amb el tumor, l'hèrnia, el que fos. El pacient és un mal que han de suportar. No per a tots. Vaig trobar humanitat en els pal·liatius. I en alguns metges de les diverses especialitats".

Activisme necessari el 2014

WOMBASTIC és una iniciativa cultural de protesta contra la modificació de la llei de l'avortament, un blog amb cartells i il·lustracions de les internautes per (continuar) la reivindicació del propi cos.



CRÉDIT: ISTOCOMICS



CRÉDIT: AMOSACONERABLOG.BLOGSPOT.COM

La salut de les dones al punt de mira global... des dels '90



CRÉDIT: UN/DPI 1.001.34/M. Grant

Conferència de premsa de l'Ambaixadora Merwat Tallawy d'Egipte, Presidenta del Grup de Contacte sobre Salut.

La **4a Conferència Mundial de les Dones** celebrada a Beijing, Xina, el 1995, titulada 'Acció per la Igualtat, Desenvolupament i Pau', va ser clau per la rellevància dels drets sexuals i reproductius en el panorama internacional. S'hi va crear el Grup de Contacte sobre Salut i s'hi van organitzar el col·loqui 'Dones i Seguretat de la Salut' i la reunió 'Dones, Salut i Educació'.

L'Organització Mundial de la Salut hi va patrocinar el Col·loqui 'Dones i Seguretat de la Salut'



CRÉDIT: UN/DPI 051210 Yao Da Wei

Hillary Rodham Clinton, moderadora honorària de la delegació nord-americana.



Dr. Hiroshi Nakajima, Director General de l'OMS.

CRÉDIT: UN/DPI 050509 Yao Da Wei

L'Organització Mundial de la Salut i la UNESCO van patrocinar la reunió 'Dones, Salut i Educació'



Jane Fonda



Suzanne Mubarak, d'Egipte.

CRÉDIT: UN/DPI 051321 Yao Da Wei



Professionals de la salut es pronuncien davant les violències

La 4ª Jornada humanitària sobre la salut de les dones que va organitzar **Ginecologia Sense Fronteres** va dedicar-se al paper dels professionals de la salut davant les violències contra les dones.

Xarxa de Dones per la Salut

Federació que agrupa entitats de dones i mixtes de Catalunya interessades per la salut des d'una perspectiva de gènere. Federació des del 2002, va néixer el 1997 en el marc de les trobades per a la celebració del 28 de Maig, **Dia Internacional d'Acció per la Salut de les Dones**.

Aquesta data, de referència internacional per a tots els grups de dones que treballen per la millora de la Salut, se celebra arreu del món des del 1987.



Imatge de l'esdeveniment del 2008.



Portada del llibre editat per la Xarxa el 2008.



Tarjetó de la jornada en motiu del Dia Internacional d'Acció per la Salut de les Dones del 2007.

La salut mental de les dones: un còctel de biologia i patiment social

Les estadístiques apunten al fet que les dones arriben a tenir, en algunes edats, el doble de risc de patir trastorns mentals. Un fet que s'explica des de la visió biomèdica, però també, a causa d'unes herències de patiment social originades per les desigualtats de gènere que fins a gairebé els anys 70, va ser invisibilitzades pels professionals

Per **Neus Ràfols**

El 15,7% de les dones majors de 15 anys té el risc de patir problemes de salut mental, gairebé el doble que els homes, amb un 9,85 %, segons assenyala el Pla de Salut 2011-2015 de la Generalitat de Catalunya.

Aquesta prevalença s'incrementa especialment en la població de 65 a 74 anys: "A mesura que augmenta l'edat, i la precarietat econòmica, creix també el risc. El nivell cultural més baix també comporta més vulnerabilitat", destaca Gemma Cánovas Sau, psicòloga clínica i psicoterapeuta, especialitzada en dona, maternitat i infància.

Les estadístiques també apunten a una altra realitat: aquesta doble prevalença que en les dones se centra bàsicament en els trastorns depressius i en les crisis d'ansietat i angouxa, en el terreny de les addiccions s'inverteix i és clarament la població masculina qui té, en algunes edats, el doble de risc.

¿Les dones tenen una salut mental més fràgil, o els registres epidemiològics també reflecteixen la mirada androcèntrica de la societat i de la ciència?

A l'article *Las mujeres y la enfermedad mental. Una perspectiva de género a través de la historia contemporánea*, la psicòloga Cristina Ortega, es mostra taxativa: "Les dones han estat històricament qualificades d'inferiors mentals, boges o alienades mentals com a conseqüència d'un patriarcat existent en la medicina i ciències afins més que d'un saber científic".

Segons la psicologia amb mirada de gènere hi ha un còctel de factors biològics, socials i psíquics que expliquen no només aquesta doble prevalença, sinó també la "patologització" de moltes etapes de la vida de la dona i la seva "sobremedicació".

La regla sí que afecta

La metgessa endocrinòloga Carme Valls ha estat un referent per explicar des de la seva visió biomèdica, com la química

del cos femení pot desembocar més fàcilment en trastorns mentals relacionats amb la depressió i l'ansietat.

A l'article *Una mirada biológica sobre la depresión y la ansiedad*, detalla les relacions entre aquests trastorns i les hormones sexuals com els estrògens, la progesterona, la testosterona i les hormones segregades per les tiroides. Desciu la manera en què alguns neurotransmissors, com la serotonina o la noradrenalina, depenen, per la seva formació i la seva circulació, de coenzims que, en moltes ocasions, són algunes vitamines del grup B, de minerals com el ferro, el zinc i el calci, o d'algunes hormones sexuals.

Per tant, desequilibris hormonal normals causats pels cicles menstruals o la ingesta d'anticonceptius hormonal, patologies de funcionament de la glàndula tiroïdal com l'hipotiroïdisme, o simples carències nutricionals com la manca de ferro, poden descompensar la formació i la circulació d'aquests neurotransmissors i influir en alteracions de l'estat d'ànim com l'ansietat i la depressió. Pura química.

Per exemple, Valls indica que la segona causa més freqüent d'ansietat d'origen biològic és la provocada per les anèmies i les carències de ferro. Un mineral que, en presentar-se la menstruació, disminueix en les reserves del cos femení. Aquesta diferència biològica, que ja es dona des de la primera adolescència fins als 10 anys posteriors de l'aparició de la menopausa, es tradueix clínicament en un increment de l'ansietat, d'irritabilitat i del nerviosisme en la població femenina.

El brogit de fons: un malestar ancestral

Més enllà de les explicacions biomèdiques, la doble prevalença de trastorns mentals en la població femenina ¿es pot explicar només per aquest còctel de neurotransmissors i hormones? ¿No influeix l'"encotillament"

Trastorns crònics de depressió/ansietat en la població de 15 anys i més per grups d'edats i sexes (%). Catalunya 2011.

Homes							
15-44		45-64		65-74		75 i més	
Trastorns crònics	%	Trastorns crònics	%	Trastorns crònics	%	Trastorns crònics	%
Al·lèrgies cròniques	16,8	Pressió alta	35,1	Pressió alta	60,4	Cataractes	57,1
Mai d'esquena crònic lumbar o dorsal	14,9	Col·sterol elevat	34,5	Col·sterol elevat	36,7	Pressió alta	54,4
Migranya	11,4	Mai d'esquena crònic lumbar o dorsal	30,7	Artrosi, artritis o reumatisme	33,7	Problemes de pròstata	48,8
Depressió/ansietat	10,0	Artrosi, artritis o reumatisme	21,4	Mai d'esquena crònic lumbar o dorsal	30,5	Artrosi, artritis o reumatisme	43,3
Col·sterol elevat	9,8	Depressió/ansietat	19,0	Problemes de pròstata	30,2	Mai d'esquena crònic lumbar o dorsal	39,4
Artrosi, artritis o reumatisme	8,3	Mai d'esquena crònic cervical	16,9	Mai d'esquena crònic cervical	26,6	Varices a les cames	36,8
Pressió alta	8,1	Bronquitis	15,9	Diabetis	25,0	Mala circulació de la sang	36,8
Mai d'esquena crònic cervical	8,1	Morenes	14,0	Cataractes	22,0	Col·sterol elevat	30,1
Asma	7,7	Migranya	12,5	Altres malalties del cor	20,3	Mai d'esquena crònic cervical	27,7
Morenes	6,0	Al·lèrgies cròniques	12,5	Depressió/ansietat	19,6	Incontinència urinària	26,4
Problemes crònics de pell	3,8	Varices a les cames	11,4	Varices a les cames	19,4	Altres malalties del cor	25,1

Dones							
15-44		45-64		65-74		75 i més	
Trastorns crònics	%	Trastorns crònics	%	Trastorns crònics	%	Trastorns crònics	%
Migranya	25,5	Artrosi, artritis o reumatisme	45,7	Artrosi, artritis o reumatisme	63,9	Artrosi, artritis o reumatisme	77,2
Mai d'esquena crònic cervical	24,5	Mai d'esquena crònic cervical	43,8	Pressió alta	59,7	Pressió alta	70,1
Mai d'esquena crònic lumbar o dorsal	21,3	Mai d'esquena crònic lumbar o dorsal	43,1	Mai d'esquena crònic lumbar o dorsal	55,0	Cataractes	62,5
Depressió/ansietat	19,4	Bronquitis	36,1	Col·sterol elevat	51,2	Mai d'esquena crònic lumbar o dorsal	60,6
Anèmia	18,1	Depressió/ansietat	34,5	Bronquitis	50,3	Varices a les cames	54,2
Al·lèrgies cròniques	16,7	Migranya	33,5	Varices a les cames	49,5	Mala circulació de la sang	54,2
Bronquitis	16,7	Varices a les cames	31,0	Mala circulació de la sang	49,5	Mai d'esquena crònic cervical	50,0
Varices a les cames	14,8	Mala circulació de la sang	31,0	Mai d'esquena crònic cervical	48,8	Bronquitis	42,6
Mala circulació de la sang	14,8	Col·sterol elevat	28,9	Depressió/ansietat	42,4	Col·sterol elevat	42,5
Artrosi, artritis o reumatisme	12,3	Pressió alta	27,8	Morenes	32,9	Incontinència urinària	37,3
Morenes	8,9	Morenes	23,6	Cataractes	32,8	Depressió/ansietat	36,0

Enquesta de salut de Catalunya 2011. Departament de Salut

social a què estaven sotmeses les dones durant segles i segles? I actualment, ¿no impacten les dobles jornades laborals de treball remunerat i domèstic o el fet que una de cada tres dones de la UE hagi patit agressions físiques o sexuals?

Segons Cánovas, va ser a finals dels anys 70 quan van aparèixer als EUA autores que van començar a evidenciar el fals discurs de la neutralitat acadèmica i a assenyalar els filtres androcèntrics que havien invisibilitzat els efectes de les desigualtats de gènere sobre la salut, també mental. Llibres com *El feminisme espontani de la història*, d'Emilce Dio Bleichmar, van donar el tret de sortida a aquesta necessitat de renovació en psicologia. En la dècada del 1925 al 1935, hi havia hagut un auge de la psicoanàlisi per a l'estudi de la sexualitat femenina emmarcat des de la rigidesa androcèntrica de la societat victoriana, i per extensió, de les ciències. Sigmund Freud en va ser un exemple.

"Dio Bleichmar va alertar que entre les dones que atenia hi havia, més enllà d'un patiment individual, el ressò d'un patiment col·lectiu fruit de les desigualtats en l'àmbit social, és a dir, la dificultat que tenien per ocupar un lloc de subjecte social que també incideix en la vida individual", explica Cánovas, i afegeix: "La transmissió d'un patiment d'àvia-mare i néta devaluador per a les dones", a més de destacar les aportacions que en aquest camp va fer la seva pròpia mare, Victòria Sau -tot un referent a escala de país- Sílvia Tubert i Mabel Burin: "No tots els i les professionals ho veuen clar, i alguns ni volen sentir parlar d'aquesta mirada de gènere", emfasitza, tot lamentant que menys del 25% incorporen en el seu treball aquest enfocament com a producte de la seva formació en gènere. "Si s'ha anat estenent, de mica en mica, ha estat per la mateixa dinàmica dels canvis socials en el rol de les dones en els darrers anys. És recomanable per a un correcte exercici professional conjugar la formació en gènere, en psicologia

clínica i tractament personal o supervisions", puntualitza Cánovas.

A Catalunya va jugar un paper molt important la implantació de l'assignatura de Psicologia Diferencial impartida a partir dels anys 70 a la Universitat de Barcelona, primer per Magda Català i després per la mateixa Sau, qui va impregnar la mirada de gènere en tots els àmbits de la psicologia, aleshores encara basada "en el model o estereotip de feminitat que invalidava i era patològic", com va alertar. L'autora de llibres referents com *Psicología diferencial del sexo y el género*, o el *Manifiesto para la liberación de la mujer*, en una entrevista denunciava el fet que hi hagués "dones que han de sortir corrents de consultes perquè se les vol continuar classificant; per exemple, en el paper de mare, en un model de sexualitat exclusivament masculí, etc." ¹

La creació de la Secció de Psicologia de les Dones del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya (COPC), va ser un altre fet rellevant en la implantació d'aquesta onada de renovació psicològica i de nova fornada de professionals amb mirada de gènere.

"En l'àmbit clínic faltaven investigacions que ens poguessin ajudar a comprendre molts dels perquès, com ara, per què les dones pateixen 9 vegades més trastorns d'ansietat i el doble o triple de depressions que els homes; per què la dificultat de les persones professionals a escoltar i reconèixer els abusos sexuals soferts per dones en l'entorn familiar; per què costava identificar la violència en relacions de parelles, família, entorn laboral o comunitari; o per què els trastorns de l'alimentació afecten un 95% a la població femenina", explica Maria Jesús Soriano, psicòloga clínica i vocal de la Secció de Psicologia de les Dones del COPC. Soriano destaca, a més de Sau com una pionera

¹ "In Memoriam Victòria Sau", dins de revista de la secció de Psicologia de les Dones Infodones; Num 12, Desembre 2013.

La mirada de gènere en la psicoteràpia

Segons Maria Jesús Soriano, psicòloga clínica i vocal de la Secció de Psicologia de les Dones del COPC, la perspectiva de gènere reconeix psicoterapeuta i pacient com a subjectes de cultura i el lloc discriminat de la dona: "Es postula que la posició discriminada de la dona menyscaba la seva salut mental i s'assenyala llavors que és en la interacció social on la dona rep informació que la situa en una posició propera a una simptomatologia que tindria relació amb la seva corporeïtat, sexualitat, emocionabilitat o autoimatge".

Soriano lamenta la resistència, des del Col·legi, a incorporar la perspectiva de gènere en el treball clínic i en la psicoteràpia, malgrat tot, afirma: "hi ha hagut i hi ha una important evolució tant en la teoria com en l'aplicació".

a Catalunya d'aquesta renovació acadèmica, Genoveva Sastre i Montserrat Moreno.

El lucre de la tranquil·litat receptada

Molta de la literatura sobre aquest tema reafirmada per les entrevistades, ha denunciat els fenòmens del sobrediagnòstic i la sobremedicalització, realitat també invisibilitzada durant molts segles que fa "engreixar" encara més el mite de la "fragilitat mental de les dones" i les estadístiques.

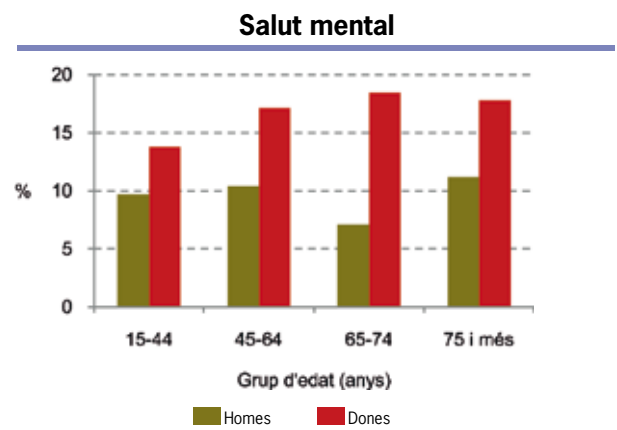
"Mentre les conductes anormals realitzades per un home no donaven sospita de malaltia mental, les realitzades per una dona eren patologitzades. Diverses autores afirmen que s'ha utilitzat una ideologia de la diferència sobre la malaltia mental com a sistema de control social", destaca Ortega.

Soriano també destaca els biaixos de gènere en l'atenció "tant per diferents diagnòstics entre homes i dones amb igualtat de símptomes, com sobrediagnòstic de depressió en dones en detriment d'algunes malalties orgàniques possibles, així com de patologització de processos

psicosocials que no necessàriament són una depressió". A més d'una sobre-prescripció de psicofàrmacs en dones.

La sobremedicalització ha estat denunciada fortament per moltes autores com Mabel Burin en el seu llibre *El Malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada* o amb estudis clínics. Per exemple, l'Informe de Salut de Catalunya del 2011 destaca que "les dones consumeixen un 10,9% de fàrmacs més que els homes, en dosis diàries definides per habitant i dia".

"En l'àmbit social s'hauria de reconvertir aquesta problemàtica en llocs i dispositius perquè les dones parlessin: és a dir, els tapen la boca amb pastilles, i el que necessiten són paraules" etziba Sau i conclou: "darrere d'això òbviament hi ha els interessos econòmics de la indústria farmacèutica". Una vegada més, la cançó de l'enfadós. ■



Enquesta de salut de Catalunya 2011. Departament de Salut

El 12,8% de la població de 15 anys i més té risc de mala salut mental (9,8% dels homes; 15,7% de les dones). En tots els grups d'edat es manté la diferència entre sexes.

RECURSOS

- Berbel, S.; Pi Sunyer, T. *El cuerpo silenciado, una aproximación a la identidad femenina*. Viena Edicions. Barcelona. 2001.
- Burin, M. *El Malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada*. Paidós. Barcelona. 1990.
- Cánovas Sau, G. *El Oficio de ser madre. La construcción de la maternidad*. Paidós. Barcelona. 2010.
- Dio Bleichmar, E. *El feminismo espontáneo de la histeria estudio de los trastornos narcisistas de la feminidad*. Siglo XXI de España. Madrid. 1991.
- Ortega, C. "Las mujeres y la enfermedad mental. Una perspectiva de género a través de la historia contemporánea" A *Cuadernos Kóre. Revista de historia y pen-*

samiento de genero. Vol.1. Primavera /Estiu 2011. Disponible a: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Neus/Escritorio/1501-887-1-PB.pdf>

- Sau, V; Jayme, M. P. *Psicología diferencial del sexo y el genero*. Editorial Icària, Barcelona, 1996.
- Tubert, S. *Mujeres sin sombra. Maternidad y Tecnología*. Ed Siglo XXI, 1998
- Valls, C. "Una mirada biológica sobre la depresión y la ansiedad", A *Mujeres y Salud: revista de Comunicación interactiva*. "Monográfico Salud mental: Els trasfondo del malestar". Centro de Análisis y Programas Sanitarios. Barcelona, 2010. Disponible a: <http://my.matriz.net>

Decidir sobre la pròpia sexualitat i maternitat **és salut**

La història de la salut sexual i reproductiva és la història del dret de les dones a decidir com volen la seva sexualitat i maternitat; dret adquirit, molt sovint vulnerat i ara en perill al nostre país per iniciativa del PP. És la crònica també del moviment feminista que va lluitar, en plena dictadura, per la creació d'uns centres de planificació familiar, espais on tractar i resoldre de manera oberta i saludable totes les qüestions que afecten la sexualitat. És respecte i autoconeixement dels cossos de les dones. És la gran responsabilitat de donar vida i de criar persones

Per **Cristina Mora**

Segons la darrera definició de l'OMS, del 2002: Salut Sexual és "un estat de benestar físic, emocional, mental i social relacionat amb la sexualitat, la qual no és només l'absència de malaltia, disfunció o incapacitat. Perquè la salut sexual s'assoleixi i es mantingui, els drets sexuals de totes les persones han de ser respectats, protegits i exercits amb plenitud".

La salut i els drets sexuals, íntimament relacionats, es veuen ara afectats per l'actual política d'austeritat, que pretén reduir l'accés de les dones a la lliure elecció d'anticonceptius moderns i l'educació sexual dels joves, imprescindibles per gaudir d'una bona salut sexual. Aprendre a desenvolupar l'afectivitat, acompanyat d'una bona informació sobre els anticonceptius femenins i masculins, el risc d'embaràs o la prevenció d'infeccions de transmissió sexual (ITS) són la base perquè des de joves es creïn els fonaments d'una bona identitat sexual. La mirada de gènere ha volgut sempre vetllar per la coneixença del propi cos, basada en la llibertat i el respecte.

Els centres de planificació familiar en risc d'extinció

Sant Andreu de la Barca és l'únic municipi de Catalunya que actualment compta amb un centre de planificació familiar. El darrer centre a tancar les seves portes ha estat el del Prat de Llobregat, casualment el primer creat el 1977.

El 1978, amb el projecte pilot a Torre Llobeta de Barcelona, els *plannings*, com van ser àmpliament coneguts, van estendre's per tot el territori fins a arribar a haver-n'hi 40. Van ser iniciatives públiques, ideades per grups de dones feministes, secundades per líders veïnals a través de les vocalies de dones, i que van comptar amb la simpatia dels primers ajuntaments democràtics. D'aquesta manera, van arribar als barris informacions i serveis sobre l'exploració del cos, la salut sexual i reproductiva, l'anticoncepció o l'avortament. Moltes d'aquestes dones de veïnats popu-

lars havien anat per últim cop al ginecòleg amb el darrer fill, i d'altres ni s'havien plantejat, en molts casos, el seu propi plaer sexual. Això feia que moltes vegades si a les xerrades que organitzaven als centres de planificació es parlava de la masturbació, s'aixequessin i marxessin. Hi havia un llarg camí per recórrer.

La majoria d'aquests centres de planificació familiar han estat absorbits en els darrers anys per l'Institut Català



PIJAR VILLEDAS / JAUME BACH

Primera campanya sobre planificació familiar, encarregada pel nou govern de la Generalitat de Catalunya l'any 1980, prohibida per l'Església i els sectors més conservadors de la societat.

Aprendre la sexualitat

Saber com serà la primera relació sexual, com es col·loca un preservatiu, què és la pastilla de l'endemà, on poder anar si hi ha risc d'haver contret una malaltia de transmissió sexual, què fer davant el risc d'un embaràs... Totes aquestes són respostes que s'ofereixen a joves de Tercer i Quart d'ESO des dels programes formatius que el Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat de Barcelona (CJAS), una organització sense ànim de lucre, creada el 1992 i única en aquests moments a l'Estat espanyol. "Amb els joves de Quart d'ESO treballem més el tema del plaer sexual. Els parlem d'una sexualitat no tan "genitalitzada" i que puguin arribar a aprendre de totes les parts del cos", explica Raquel Gómez, psicòloga i cap dels programes educatius del CJAS, que destaca "quan ensenyem als joves els diferents anticonceptius se sorprenen molt amb el condó femení", un mètode car, difícil d'aconseguir i amb el qual no s'ha invertit prou en recerca. En canvi, al centre han detectat que els implants subcutanis, una càrrega hormonal d'un a tres anys de duració, i que fins al juliol del 2013 entrava per recepta mèdica, és prou conegut i utilitzat per les noies d'Amèrica Llatina.

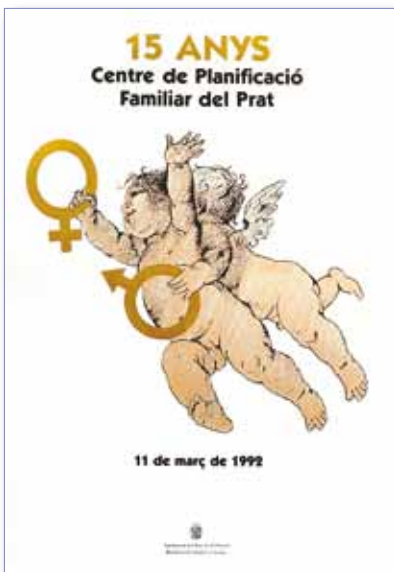
Els tallers són el primer contacte amb la salut sexual i reproductiva d'aquests adolescents i un pas per atrevir-se a visitar

el centre -referència des del 1995 pels "pràcticum" de Llicenciatura de Psicologia i de Treball Social de la UB-. Obert 37 hores i mitja a la setmana, joves de 12 a 30 anys hi troben un espai íntim i confidencial, on sentir-se còmodes per preguntar amb sinceritat i resoldre dubtes de la mà d'unes professionals pioneres en la salut sexual i reproductiva.

El centre va rebre gairebé 5000 visites el 2012, un 71,7% de noies i un 28,3% de nois. Entre altres serveis, s'hi fa la prova reactiva del VIH, gratuïta i amb els resultats en 20 minuts, que és un dels motius principals de consulta pels joves de 21 a 27 anys; pels de 14 a 20 anys, ho és l'anticoncepció d'urgència.



'Els secrets d'un aprenentatge', de Paula Baldi, Raquel Gómez y Marta Pérez, amb il·lustracions de Mariel Soria. Editat pel Centre Sex-Crets.



Cartell per al Centre de Planificació Familiar al Prat de Llobregat, 1992.

de la Salut. Ara són els PASSIR (Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva) o els AS-SIR (Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva), centres d'atenció primària de la xarxa pública amb programa sanitari d'atenció a la salut sexual i reproductiva. Han perdut, però, el seu caràcter específic i proper, que un gruix de professionals molt sensibilitzats i amb un alt compromís social, van saber preservar.

Per Silvia Aldavert, cap de programes de l'Associació de planificació familiar de Catalunya i Balears, creada a Barcelona el 1982 arran del sorgiment dels centres de planificació familiar, els actua-

als centres són una atenció primària amb un metge de capçalera, la ginecòloga i una llevadora, i amb molta sort una psicòloga. "Però no és la nostra filosofia perquè són centres molt "patologitzadors". Les ginecòlogues només tracten les patologies, havent passat abans per la llevadora, ja que els protocols del Departament de Salut així ho obliguen. Però no hi ha aquests espais de compartir, de fer participar les dones, de fer que s'autogestionin la seva salut, la seva sexualitat. Fins i tot de crear espais amb altres dones", explica.

Pioneres de la salut sexual i reproductiva

Dones per l'autoconeixement i l'anticoncepció (DAIA), va ser un d'aquests grups pioners, format per metgesses,

infermeres, llevadores i dones sensibilitzades que, en les Primeres Jornades de Dones del 1976, es van interessar per la salut sexual i reproductiva. "De fet, era apropiat-te a tu mateixa i poder reivindicar coses que fossin per la dona", recorda Rosa Ros, una de les seves components, actual directora del Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat de Barcelona (CJAS) i fundadora també de l'Associació de planificació familiar de Catalunya i Balears.

Aquests primers centres de planificació, creats inicialment amb una vocació educativa i d'acompanyament a les dones, es van veure desbordats per l'alta demanda d'avortaments, llavors prohibits i penalitzats a l'Estat espanyol. "Al principi l'avortament no era tant el tema, tot i que després la demanda va ser molt gran i vam fer grups de dones perquè se sentissin acompanyades amb la decisió que havien pres, i poder anar amb elles a Londres o a Holanda", continua recordant Rosa Ros.

Espanya a la cua d'Europa en la llei de l'avortament

La llei reguladora de l'avortament és relativament jove a Espanya; no va ser fins al 1985 que es va despenalitzar en alguns supòsits. El primer Codi Penal Espanyol, de 1822, establia penes de presó fins a 14 anys per als professionals que practiquessin l'avortament i de fins a 8 anys per a les dones que avortessin. Només en un període curt de temps, durant la Segona República espanyola, va ser legal avortar durant les 12 primeres setmanes de l'embaràs. Aquell decret, signat per Josep Tarradellas amb Federica Montseny com a ministra de Sanitat, va ser derogat amb l'entrada de Franco al poder.

Mentrestant, els governs de països com França van aprovar la nova llei de l'avortament, presentada per la diputada



Informació del Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat de Barcelona

Simone Veil, el 1975, al Regne Unit ho van fer el 1968 des de la llei Steel, Suècia el 1975 i el Japó compta amb una llei permissiva des del 1948.

Sílvia Aldavert, de l'APFCIB, que també és membre de la Campanya pel dret a l'avortament lliure i gratuït, destaca el progressisme de països com Holanda, el qual prenen com a referent pel que fa a educació sexual, anticoncepció i avortament: "Holanda té una de les lleis més progressistes del món, que permet la interrupció de l'embaràs fins a les 24 setmanes per decisió pròpia de la dona. I després per qüestions mèdiques. Però el més important és que Holanda té unes lleis d'educació sexual i d'anticoncepció, acompanyades de polítiques i recursos, que fan que sigui tan potent la seva prevenció que tinguin les taxes d'avortament més baixes de tot el món", explica Aldavert.

El risc de retrocedir 40 anys

A Espanya no va ser fins al 2010 que la justícia va legalitzar la pràctica de la interrupció voluntària de l'embaràs durant les primeres 14 setmanes sota qualsevol circumstància. Dret adquirit que perilla amb les modificacions de la llei impulsades pel Partit Popular, i que abocaria novament a la clandestinitat la pràctica de l'avortament. "Pel dret a l'avortament, les dones ens plantem!" o "Jo decideixo, jo desobeeixo", són proclames que tornen a sortir al carrer en ple 2014, davant d'una llei que té a una majoria de la població contrariada i indignada.

Per Sílvie Aldavert, un dels problemes de la possible derogació de la llei, que situaria l'Estat espanyol entre

els països menys respectuosos amb els Drets Sexuals i Drets reproductius (DSiDR), és que afectaria directament a l'educació sexual, cabdal per afavorir la vivència d'una sexualitat positiva i responsable: "Desapareixeria aquesta oportunitat d'incloure l'educació sexual al sistema educatiu obligatori. Quelcom que mai s'ha desenvolupat, ni ha estat mai obligatori, però que almenys està a la llei". Des de l'APFCIB porten anys lluitant perquè l'educació sexual sigui obligatòria des dels 0 fins als 18 anys. Igualment, la seva filosofia parteix de la premissa que tots els mètodes anticonceptius, la comercialització legal dels quals data del 1978, haurien de ser gratuïts. "Anticoncepció universal gratuïta i que cada dona pogués escollir amb la seva professional de referència el que millor li escaigui en el moment de la vida en què està", afegeix la tècnica de programes de l'APFCIB.

Segons les dades del Baròmetre de l'accés de les dones a la lliure elecció d'anticonceptius moderns en 10 països de la UE, presentat davant el Parlament Europeu el passat mes de juny, Espanya rep una puntuació baixa en educació sexual i reproductiva. La Federació de Planificació Federal Estatal (FPFE), de la qual forma part l'APFCIB, denunciava que el baròmetre reflecteix com la paralització de l'Estratègia Nacional de Salut Sexual i Reproductiva està implicant, entre d'altres, un retrocés en l'accés als serveis dels mètodes anticonceptius segurs i eficaços, com ho demostra la sortida de 8 anticonceptius del Sistema Nacional de Salut, o que en 6 comunitats autònomes la píndola de l'endemà no està finançada. ■

RECURSOS

- OMS. Arxiu de Sexologia. Disponible a: http://www.sexarchive.info/ECS5/definicion_4.html
- Associació de planificació familiar de Catalunya i Balears <http://www.apfcib.org>
- Observatori de drets sexuals i drets reproductius (OD-SiDR) <http://www.observatori.apfcib.org>
- Federació de Planificació Federal Estatal (FPFE) <http://www.fpfe.org>
- Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat de Barcelona (CJAS) <http://www.centrejove.org>
- Ca la Dona <http://www.caladona.org/avortament-lliureigratuït.html>
- Baròmetre de l'accés de les dones a la lliure elecció d'anticonceptius moderns en 10 països de la UE. 2013. Xarxa europea de la Federació Internacional de Planificació Familiar i Federació de Planificació Familiar Estatal. Disponible a: http://www.fpfe.org/wp-content/uploads/2013/09/Baro_leaflet_template_SP_LOW.pdf
- Estratègia Nacional de Salut Sexual y Reproductiva. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. 2011. Disponible a: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>

L'avortament, peça clau dels drets sexuals i reproductius

Després de la dictadura i gràcies als moviments socials, la societat ha evolucionat cap a un model que regula la interrupció de l'embaràs des d'una perspectiva global, com a part de la salut sexual de les dones. La reforma de la llei de l'avortament per part del govern del PP pretén retallar drets reivindicats i aconseguits

Per Isabel Cidoncha

La salut sexual i reproductiva de les dones és un dret fonamental que va més enllà del propi cos i que a més d'informació i educació, inclou altres conceptes com anticoncepció, recerca i decisió. La declaració dels drets sexuals, aprovada per l'assemblea general de l'Associació Mundial de Sexologia (WAS) l'any 1999, inclou drets tan importants, entre altres, com el dret a la presa de decisions reproductives lliures i responsables, i això comprèn el dret a decidir tenir o no tenir criatures.

Gemma Nicolás Lazo, investigadora en temes de gènere i dret, professora del Màster de Criminologia de la Universitat de Barcelona, explica que la salut sexual es considera digna de protecció per part del dret a partir del moment en què drets socials, reivindicats pel moviment obrer i pel de les dones, van incloure's en el sistema legal liberal sorgit de la Revolució Francesa, que havia estat construït només per homes.

El dret a l'avortament

La inclusió del dret a l'avortament dins dels drets sexuals i reproductius va ser impulsada per l'OMS i l'ONU en un moment "revolucionari", diu Nicolás: "a partir dels anys 80 i sobretot dels 90, quan es va entendre la salut de manera àmplia i s'hi va incloure la sexualitat". La Conferència Mundial de Dones de Beijing '95 va donar especial rellevància als drets sexuals i reproductius; "el dret a l'avortament és la traducció jurídica d'una reivindicació que els moviments de dones ja estaven fent", explica Nicolás.

La major part de la societat espanyola i catalana ha rebut amb indignació les modificacions que l'actual govern espanyol vol realitzar a la llei de l'avortament, com ara que la interrupció de l'embaràs deixi de ser un dret de la dona en les primeres 14 setmanes -un dret que existeix des del 2010-, i torni a ser un delictes despenalitzat en supòsits concrets

-com ho era amb la llei del 1985 però encara més reduïts i restringits-; així com que la presència de malformacions fetals greus no sigui motiu d'avortament, però sí l'efecte psicològic que això tingui en la dona embarassada.

El ministre de Justícia impulsor de la reforma, Alberto Ruiz-Gallardón, anomena a la nova normativa "Llei de protecció de la vida del concebut i dels drets de la dona embarassada". Segons el ministre, la llei actual, aprovada pel PSOE el 2010 vulnera l'equilibri en la protecció dels drets del fetus i de la dona, perquè desprotegeix al fetus en les primeres 14 setmanes d'embaràs (ja que en aquest termini es pot avortar sense al·legar cap motiu). La Llei de 2010 està recorreguda pel Partit Popular davant el Tribunal Constitucional, que encara no n'ha dictaminat res.

Antecedents legals

Revisem la història del dret a l'avortament a partir del dossier documental elaborat al Centre de Documentació de l'Institut Català de les Dones el 2010, abans de l'aprovació de la llei vigent.

El 1937 es publicava al Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya el Decret de reforma eugenèsica de l'avortament pel qual es regulava la interrupció artificial de l'embaràs. No va ser fins a la fi de la dictadura quan es van produir diverses campanyes feministes: el 1976, per demanar l'amnistia de les dones empresonades per haver avortat; el 1977, a favor de l'alliberament sexual, els anticonceptius i l'avortament lliure; el 1978, de crítica al text de la Constitució -concretament l'article 15, el qual es considerà que dificultava el reconeixement ple del dret a l'avortament-. El mateix any es van despenalitzar els anticonceptius.

Entre el 1979 i el 1982 es produeix el processament de *Las Once de Bilbao*, acusades d'haver practicat avortaments dues d'elles i d'haver avortat les restants. Les

dones estaven en situacions econòmiques precàries i tenien més fills; s'enfrontava fins a sis anys de presó. El fiscal demanava 60 i 55 anys de presó per a les practicants. El judici va convertir-se en una reivindicació a favor de la despenalització de l'avortament, així com en una demanda a l'Estat per garantir la planificació familiar. L'Assemblea de Mujeres de Bizcaia promogueren una campanya per sobreseure el judici. Es recolliren signatures de dones de tots els àmbits socials i també cantants, periodistes, polítiques, que afirmaven que elles també havien avortat. L'amnistia va arribar el 1983 i la sentència va crear un important precedent, ja que esmentava la situació precària de les dones que s'havien vist obligades a practicar avortaments com a necessitat extrema. Les mobilitzacions i campanyes arran d'aquest fet van obligar al govern de Felipe González a elaborar el primer projecte de llei de l'avortament en democràcia, que es va aprovar el 1985. Les comissions pro-dret a l'avortament i gran part de les organitzacions feministes, però, rebutjaren el projecte per limitat: mantenia la consideració penal de l'avortament excepte en tres supòsits i no garantia la seva realització en la xarxa sanitària pública.

Dones que havien avortat i professionals sanitaris van patir detencions, judicis i condemnes entre el 1981 i 1990. Aquell any va tenir lloc un judici a professionals sanitaris a Pamplona que va tenir com a conseqüència que des de llavors fins al 2010 no s'hi practiqués cap avortament, donada la situació d'indefensió en què es van trobar els i les professionals.

El 1990 es comença a celebrar el Dia Internacional per la Despenalització de l'Avortament i el 1992 es produeix l'ordre del 17 de novembre de 1992 de Catalunya que regula l'acreditació de centres sanitaris per realitzar avortaments d'acord amb els supòsits de la llei del 1985.

Fou entre el 2007 i 2008 quan el govern socialista inicia el debat per reflexionar entorn de la reforma de la llei de l'avortament.

Problema ètic, legal... o moral

Cal diferenciar qüestions ètiques de problema legal. L'ètica afecta l'individu, l'únic que la regula és la seva pròpia consciència; interrompre l'embaràs esdevé un tema legal quan no es compleixen les condicions en les quals està permès avortar segons la legislació, ja sigui passat el termini que preveu la llei (en l'actual llei de terminis) o fora dels supòsits –segons la llei del 85 o la modificació que vol instaurar el PP–.



Cartell de la manifestació a Barcelona en contra de la modificació de la llei de l'avortament (2014).

Tot i el caràcter traumàtic de l'avortament, moltes dones, per diverses raons -econòmiques, familiars i altres- decideixen avortar. Quin seria el debat? Com determinar si el dret d'autonomia de la dona li dona dret a continuar o a interrompre l'embaràs? En quina mesura el fetus és una persona? Quina importància té la voluntat del pare? La no penalització de l'avortament durant els primers mesos és un fet contemplat en la legislació actual de molts països occidentals i es fonamenta bàsicament en el procés gradual de formació de la vida humana.

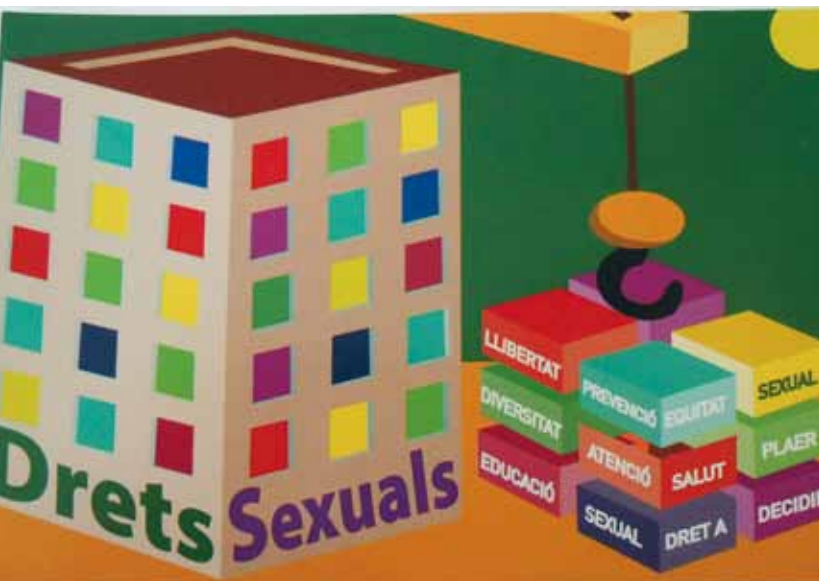
El catedràtic d'ètica de la Universitat de Barcelona, Norbert Bilbeny,

opina que el fet d'interrompre un embaràs pot ser èticament correcte: "Depèn de les condicions i circumstàncies. Però tot i acceptar que de vegades la interrupció pot ser ètica, es pot mantenir, al mateix temps, una posició moral contrària a l'avortament. Perquè una cosa és tenir el dret a avortar i exercir-lo, i una altra és mantenir l'opció moral d'evitar sempre que es pugui la interrupció de l'embaràs. Normalment aquesta diferència no s'entén". Pel catedràtic, "òbviament, el dret a la interrupció de l'embaràs és un dret de la mare i per tant ella és qui predomina. Però fins i tot així, ella pot, i hauria de, tenir en compte el dret de l'embrió o fetus (...) Això ha de representar un decidir sempre amb plena responsabilitat."

En definitiva, és un dret plantejat per a l'individu i que ha de resoldre només aquest, en aquest cas, la mare, o sigui, la dona, en la seva consciència. Segons Gemma Nicolás, "Si entenem l'avortament com a negació a ser mare, o com a dret a decidir sobre el propi cos com es plantegen els debats més catalans, si diem que l'accés a aquest dret és un requisit sense el qual no podem dir que les dones visquem sense discriminació, els homes també hi guanyen. El fet que aquest dret es reconegui fa que sigui una societat més igualitària per a tothom".

Respecte a si el fetus es considera un ésser humà amb drets, per Bilbeny no se sap ni es pot saber, doncs és una qüestió moral i legal, no científica. Per alguns és un humà amb drets, per d'altres no, i les dues posicions són legítimes.

El que és segur, segons Bilbeny, és que aquesta reforma suposa una clara regressió en l'evolució dels drets de les dones, perquè posa traves a l'exercici del dret més amunt esmentat. I afegeix: "Una cosa és l'opció moral favorable o no a l'avortament i una altra el fet que existeixi una llei que permeti aplicar la nostra opció. Si no existeix, és obvi que una opció acaba implicant l'existència de l'altra, cosa èticament incorrecta, a parer meu".



Tarjeta editada pel Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat de Barcelona

Professió sanitària i dret a l'avortament

Què n'opina el col·lectiu sanitari? Tot i que sempre es manifesten veus a favor i en contra, en aquest cas una part important del col·lectiu mèdic es mostra en contra de la reforma de la llei, i critiquen al govern pel fet que cap dels ministeris, ni Sanitat ni Justícia, hagin fet cap tipus de consulta prèvia als professionals i experts mèdics, que són qui dia a dia treballen en aquesta prestació sanitària.

El Ministeri de Justícia va demanar un informe, un mes abans d'aprovar la llei, al Consejo General de Enfermería, associacions de dones, entitats com la Organización Médico Colegial i altres associacions contra l'avortament com Red Madre, a banda de reunir-se amb alguns professionals mèdics que ho varen sol·licitar, però poca cosa més. El

col·lectiu mèdic troba a faltar una consulta prèvia per parlar a fons d'un tema tan important com és la interrupció de l'embaràs.

Vora 2.000 professionals sanitaris van signar un manifest contra la reforma d'aquesta llei que, segons el document, restringeix el dret a la interrupció de l'embaràs, tracta a les dones com a immadures i estigmatitza l'avortament, una pràctica, en paraules del ginecòleg Javier Martínez, absolutament normalitzada actualment. En el manifest es critica la manera com es posa en risc la seguretat i la vida de les dones. En aquest sentit, la presidenta de l'associació Espanyola de Neuropsiquiatria, Eudoxia Gay, va afirmar que la reforma de la llei pot provocar més crisis d'ansietat i depressions entre altres malalties. També el ginecòleg Santiago Dexeus lamenta aquesta reforma que suposaria un retrocés als anys setanta: "vivim cops de cua del postfranquisme, i cada llei en contra de les dones suposa dues passes enrere per la societat". El prestigiós ginecòleg només espera que les dones puguin manifestar-se amb la seva pròpia veu, i no hagin de tornar a haver d'anar a Londres per avortar.

El temps dirà si aquesta reforma continua endavant en contra de l'opinió majoritària d'una societat que amb convocatòries com la que va tenir lloc el passat 8 de març, dia de la dona, va deixar constància del seu desacord davant una reforma innecessària i injustificada, que suposa un retrocés en la millora de la salut sexual i limita greument els drets sexuals i reproductius de les dones. ■

RECURSOS

- Material de Suport 'Parlem-ne; no et tallis!'. Consorci Sanitari de Barcelona. Agència de Salut Pública. 2006. Disponible a: <http://www.aspb.cat/quefem/docs/Drets%20sexuals.pdf>
- Mujeres en red: www.mujiereenred.es
- Drets sexuals i reproductius. Dossier documental. Centre de recursos i documentació de les dones de Sant Boi de Llobregat. 2010. Disponible a: http://www20.gencat.cat/docs/icdones/serveis/docs/cdoc_dossier_drets.pdf
- Prades, J. "Juicio contra once mujeres acusadas de practicar o someterse a abortos", a *El País*, 03 octubre 1979. Disponible a: http://elpais.com/diario/1979/10/03/espana/307753230_850215.html
- Prades, J. "Suspendido el juicio contra las mujeres acusadas de aborto", a *El País*, 27 octubre 1979. Disponible a: http://elpais.com/diario/1979/10/27/espana/309826805_850215.html
- Angulo, J. "El próximo día 16 serán juzgadas en

Bilbao las once mujeres acusadas de prácticas abortivas", a *El País*, 5 juny 1981. Disponible a: http://elpais.com/diario/1981/06/05/espana/360540012_850215.html

- Sahuquillo, M. R., "Los enfermeros evitan criticar la ley pese a la oposición de varios colegios". *El País*. 2/03/2014. Disponible a: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/03/02/actualidad/1393792927_143300.html
- Sahuquillo, M. R., "2000 sanitarios denuncian que la ley Gallardón dañará la salud de las mujeres". *El País*. 3/03/2014. Disponible a: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/02/28/actualidad/1393590036_404088.html
- Declaración Institucional al Anteproyecto de Ley de interrupción voluntaria del embarazo. Consejo general de colegios oficiales de médicos, OMC (Organización médica colegial). 2014. Disponible a: https://www.cgcom.es/sites/default/files/declaracion_asamblea_omc.pdf

La violència contra les dones perjudica la salut

Sovint encara s'associa la violència de gènere amb les agressions físiques, quan les enquestes demostren que el maltractament psicològic és el més extens, invisibilitzat i greu. La majoria dels casos de dones que acudeixen als agents de salut amb maltractaments masclistes no són diagnosticats com a tals. El poc temps de què els i les professionals disposen durant la visita, la reproducció d'estereotips a la consulta, així com la manca de sensibilització i de formació en són les causes

Per **Anaïs Barnolas**

Esgarrapades, contusions, ferides a diverses parts del cos, ruptura de timpans, fractures òssies, lesions als òrgans genitals, danys cerebrals, discapacitats cròniques... són algunes de les lesions més freqüents de les dones que pateixen violència de parella. Però també embarassos no desitjats, avortaments, el contagi de malalties com el VIH, quadres d'ansietat, fibromiàlgia, depressions agudes, problemes gastrointestinals, cefalees, trastorns de la son.

"La violència física és la punta de l'iceberg", apunta la psicòloga i presidenta de la Comissió de Lluita contra la Violència Domèstica i de Gènere de l'Àrea de Sant Cugat del Vallès, Roser Cirici. Les estadístiques de l'Institut Català de les Dones demostren com durant l'any 2013 es van rebre 8.434 trucades relacionades amb violència psicològica i 3.275 que alertaven d'agressions físiques. "L'imaginari col·lectiu ha vinculat la violència amb l'agressió física i això ha fet que l'assetjament psicològic s'hagi deixat en segon terme, quan és el problema més greu", apunta la coordinadora de la Unitat de Suport a l'Atenció de Víctimes dels Mossos d'Esquadra, Alba Alfageme.

De fet, "darrere de la violència física, sempre hi ha la psíquica", ja que "en les societats desenvolupades, la violència canvia de forma, se sofisticava", apunta Cirici. El maltractament psicològic "és més difícil de demostrar" perquè costa més que les dones l'identifiquin com a tal, doncs "el veuen com a part de la relació". En conseqüència, "és més difícil que els processos penals tirin endavant", assenyala Alfageme.

El diagnòstic més comú entre les dones víctimes de violència és l'estrès posttraumàtic, "que es dona entre el 31 i el 85% dels casos", segons Cirici. Aquest trastorn consisteix en "la reexperimentació del trauma, un esforç constant per oblidar-lo i un estat d'alerta constant", afegeix. L'alteració del sistema nerviós, pel fet d'estar en sobreactivació permanent, es fa crònica: "Hi ha dones que són unes supervivents, que han viscut diversos processos

posttraumàtics. La meitat de les denúncies les fan víctimes que porten deu anys patint violència", destaca Alfageme. I no totes són capaces de superar-ho. "Les dones que pateixen maltractaments tenen quatre vegades més possibilitats de suïcidar-se que la resta", assenyala Cirici.

"Hi ha dones que inicien el tractament amb fàrmacs i acaben tenint problemes d'addicció a benzodiazepines o altres substàncies", apunta Cirici. La psicòloga és del parer que, malgrat la dependència que poden ocasionar els medicaments, en alguns casos receptar-los pot ajudar a la dona a "trobar-se una mica millor quan ha d'afrontar moments difícils com anar a un judici o poder dormir". És cert que algunes dones, "si es troben menys malament, interpreten que la situació no és tan greu, és a dir, que és tolerable i això fa que no prenguin una decisió de trencar amb la relació", afegeix.

Prejudicis també a la consulta

La feina de les i els professionals de la salut davant d'una dona que pateix violència és molt complexa. "El més important és crear un ambient d'empatia i confidencialitat", diu Cirici. "En molts casos, la consulta mèdico-sanitària és l'únic espai en el qual la víctima té contacte amb l'exterior i on té l'oportunitat de parlar d'assumptes íntims de salut i sexualitat", afegeix. Per tant, és crucial que, en el poc temps dels qual disposa per fer la visita, es detectin els símptomes que indiquen la presència de maltractament.

Precisament, pel que fa a la detecció, un estudi del *British Medical Journal* assenyala que només el 17% de les dones que es van autodeclarar víctimes de violència de gènere van ser identificades com a tals pels agents de salut. És més, un estudi del *Journal of the American Medical Association* afirma que el 66% dels i les professionals no sol plantejar-se les agressions al si de la parella com a causa possible dels símptomes de les pacients. En aquest sentit, l'estudi de l'Agència Europea dels Drets Fonamentals que es va presentar el març del 2013 remarca que el 87% de

La prevenció és la clau per evitar la mutilació genital

El 2007 es va aprovar el *Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina* de la Generalitat de Catalunya. “El document va significar un gran avenç pel que fa al contingut teòric perquè es va establir com havia de ser la intervenció dels diferents professionals”, apunta l'antropòloga Amàlia Gómez de la Fundació Wassu UAB. Les intervencions més freqüents en mutilació genital femenina es fan “a la consulta de pediatria, medicina i infermeria de família i comunitària i serveis d'atenció a la salut sexual i reproductiva”, s'assenyala a *Mutilació genital femenina. Manual per a professionals*, elaborat per la fundació.

L'antropòloga destaca com la veritable prevenció és el canvi de manera de pensar d'aquestes famílies, majoritàriament originàries de llocs com el Senegal, Gàmbia o Guinea Bissau, segons assenyala el *Mapa de la mutilació genital femenina a Espanya 2012* que elabora aquesta mateixa fundació. És tan important el treball de prevenció a Catalunya com en els països on es practica l'ablació. En el cas de Gàmbia, s'ha aconseguit que la problemàtica s'integri en el currículum acadèmic dels professionals sanitaris.

Quan es detecta que una família farà un viatge al país d'origen i que, per tant, una nena està en risc de ser objecte de mutilació genital, es fa signar al pare i a la mare un document pel qual es comprometen a què no deixaran que se li practiqui l'ablació a la seva filla. La majoria de les famílies accepten, coincideixen Alfageme i Gómez.

La situació límit que s'ha d'intentar evitar és que els pares es neguin a firmar el paper. En aquest cas, els agents policials tramiten la denúncia al jutjat, que sol tenir com a conseqüència la retirada de passaports dels familiars. “S'ha de tenir en compte que aquestes famílies han fet molts esforços d'estalvi per a comprar-se els bitllets del viatge al seu país d'origen. Si se'ls retira el passaport, queden molt afectades i de cap manera receptives.

En alguns casos se'n perd la pista”, remarca Gómez.

Durant el 2013, a Catalunya, 35 nenes van ser ateses per mutilació genital, segons les *Dades sobre violència masclista* de la Unitat de Suport a l'Atenció de Víctimes dels Mossos d'Esquadra. Aquesta xifra significa “el nombre de nenes que s'ha hagut d'intervenir, en la majoria dels casos de manera preventiva i, per tant, sense arribar a l'extrem d'extreure'n el passaport”, afegeix Alfageme.

Tant la Fundació Wassu-UAB com la Unitat de Suport a l'Atenció de Víctimes dels Mossos d'Esquadra proposen que se segueixi celebrant la part cultural de l'acte, però sense el tall físic, que provoca seqüeles físiques com “retenció d'orina, hemorràgies i fractura de clavícula en el moment d'executar-se”; a més, les mutilades “tenen quatre vegades més possibilitats de patir disminució de l'impuls sexual i molèsties durant el part”, esmenta l'antropòloga Amàlia Gómez.



Escoles d'Infermeria de Gàmbia.

les dones estarien a favor que durant les visites rutinàries els metges i metgesses de capçalera els preguntessin si estan patint violència de gènere.

Un mal o incomplet diagnòstic es deu a diversos factors. En primer lloc, encara avui els agents de salut tenen una perspectiva biomèdica, és a dir, restringeixen el diagnòstic només als aspectes físics, destaca la metgessa Lucía Artazcoz a *La salut des de la sensibilitat de gènere*. L'autora aposta pel corrent biopsicosocial, que inclou la perspectiva de gènere i que, per tant, contempla actors familiars i psíquics, a més dels biològics. “En els equips sanitaris hi conviuen les dues perspectives. Depèn de cada centre, hi predomina una o altra”, afirma Cirici.

“Els prejudicis de la societat al voltant de la masculinitat i la feminitat influeixen també en les persones que treballen en el món sanitari. El professional ha de revisar els seus valors per evitar caure en estereotips culturals”, destaca Cirici. Idees preconcebudes com, per exemple que “la violència afecta només a una part marginal de la població” o bé que “la dona té la possibilitat de plantar la parella i que si no ho fa és perquè no vol”. I aquests estereotips es deuen a la falta de sensibilització, ja que, tal com destaca

Artazcoz, “la majoria de personal sanitari no té formació en violència de gènere”.

Amb l'objectiu d'implicar el col·lectiu masculí sanitari que se sensibilitzi i professionalitzi en violència de gènere, L'Observatori de Salut de les Dones del Ministeri de Sanitat i Política Social va elaborar l'estudi *Homes sanitaris implicats en les estratègies contra la violència de gènere*. El treball destaca com els homes sanitaris que es formen en violència de gènere tenen un perfil concret: més de la meitat s'han educat en models familiars transgressors i igualitaris. A més, un percentatge considerable s'ha sentit atret per la perspectiva de gènere perquè ha presenciado episodis de discriminació al llarg de la seva vida.

En el *Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya* de la Generalitat de Catalunya, que és un document de treball que dóna eines als professionals sanitaris sobre com actuar durant l'entrevista entre els agents sanitaris i la pacient, recomana que el professional no opini ni jutgi. “Hi ha dones que finalment renuncien als seus seguiments policials perquè volen retornar amb la seva parella. Malgrat que des de fora sigui vist com un pas enrere, hem de respectar-ho”, afirma Alba Alfageme.

També es donen altres situacions en què les víctimes que pateixen repercussions psicològiques “a vegades tenen un discurs incoherent i inconnex i és important que no se les estigmatitzi ni se'ls atribueixi una versió esbiaixada de la realitat”, conclou.

El treball en xarxa, essencial per assolir casos d'èxit

La Unitat de Suport a l'Atenció de Víctimes dels Mossos d'Esquadra treballa en xarxa amb els diferents agents per tal que la víctima “se senti acompanyada i se'n vagi de la comissaria amb una sèrie de recursos d'assessorament jurídic i psicològic ben travats”. Com que els Grups d'Atenció Especial a la Víctima (GAV), “tenen uns horaris i unes rotacions determinades, les dones que s'hi dirigien per posar una denúncia –que sol ser en el moment després d'haver patit un episodi de violència o quan poden sortir del domicili, majoritàriament a les nits i en cap de setmana– sovint es trobaven que aquest grup especialitzat no estava operatiu”. Per això, “es va optar perquè al personal de les Oficines d'Atenció a la Ciutadania (OAC), obertes vint-i-quatre hores, se li fes una formació perquè fos capaç de recollir aquestes denúncies” explica Alba Alfageme, responsable de la Unitat. D'aquesta manera, “els OAC s'encarregaran de recollir les denúncies i, els GAV s'especialitzaran en el seguiment”.

Des d'aquesta unitat de la policia catalana, s'està treballant per canviar el concepte de seguretat tradicional, en què la dona es col·loca en un espai més passiu, per un model més autònom que situï a la dona al centre del problema. I que, per tant, la mateixa dona aprengui a autogestionar la seva seguretat i a identificar quines són les situacions de risc. “Hi ha dones que et diuen: ‘Jo mai de la vida m'havia plantejat quin era l'espai més segur de

casa meua, ni tenir el telèfon d'emergència memoritzat a la tecla de l'1 del telèfon mòbil””, explica Alfageme. “Mai ens han explicat res de la seguretat a l'espai privat, que és on més patim la violència les dones”, remarca. En aquest sentit, l'equip que dirigeix està elaborant “un qüestionari que ens permetrà ser acurats a l'hora de determinar el risc al qual està sotmesa la dona”. ■



FOTO: VILLUENDAS + GÓMEZ DISSENY

Cartell de la campanya informativa dels Mossos d'Esquadra de l'any 2009.

RECURSOS

- ARTAZCOZ LAZCANO, Lucia. *La salut des de la sensibilitat de gènere*. Agència de Salut Pública de Barcelona. Xarxa de Recerca Temàtica de Salut i Gènere. Institut Català de les Dones. Generalitat de Catalunya. Barcelona. 2005.
- CIRICI AMELL, Roser; QUEROL VIÑAS, Núria; RIPOLL RAMOS, Ana. *La consulta sanitària: ¿un espacio privilegiado para la detección y el abordaje de la violencia de género?* Teràpia en APS. Barcelona. 2010.
- COVAS, Susana. *Hombres sanitarios implicados en las estrategias contra la violencia de género: procesos facilitadores de su compromiso*. Observatorio de salud de las Mujeres del Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid. 2009.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. Secretaria per a la Immigració. Comissió de Seguiment. Integrada pels departaments d'Acció Social i Ciutadania, Educació, Salut, Interior i Relacions Institucionals i Participació. *Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina*. Barcelona. 2007.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. *Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya*. Document marc. Violència en l'àmbit de la parella i familiar. Departament de Salut. Barcelona. 2009.
- KAPLAN MARCUSÁN, Adriana; LÓPEZ GAY Antonio. *Mapa de la mutilación genital femenina en España 2012*. Fundación Wassu-UAB. Barcelona. 2013.
- Diversos autors de la Càtedra de Transferència Social del Coneixement. *Mutilación genital femenina. Manual para profesionales*. Grup Interdisciplinari per a la Prevenció i l'Estudio de les Pràctiques Tradicionals Perjudicials (GIPE/ptp). Barcelona. 2010.

Els mitjans reproduïxen els estereotips sexistes del model sanitari

La salut ha guanyat interès entre la ciutadania les darreres dècades, fet que s'ha traduït en una major presència d'informacions relacionades amb aquest àmbit als mitjans de comunicació. Però, com és el tractament informatiu que es fa dels temes de salut? Té aquesta informació perspectiva de gènere? Com es representa la salut de les dones als mitjans?

Per **Paloma H. Pastor**

Segons el Baròmetre Sanitari realitzat pel Ministeri de Sanitat i el Centre d'Investigacions Sociològiques, la salut és un dels temes que més preocupa la població, per això no és d'estranyar l'augment de les informacions sobre aquest àmbit als mitjans de comunicació, amb seccions específiques i suplementos a la premsa, la creació de revistes especialitzades, l'aparició de programes de televisió i ràdio i fins i tot agències de comunicació específiques, així com una major especialització professional.

Els autors de l'estudi *La información de salud en la prensa diaria vasca* (Peñafiel, Camacho, Aiestaran, Ronco i Echeagaray), assenyalen al seu article *La divulgación de la información de salud: un reto de confianza entre los sectores implicados*, el paper dels mitjans de comunicació com a 'motors' de l'educació sanitària de la població i la seva responsabilitat com a mediadors entre la classe mèdica i la resta de la societat. A partir de l'anàlisi d'informacions publicades en premsa escrita i d'entrevistes amb professionals del periodisme i la medicina, els autors destaquen entre les seves conclusions la necessitat de dimensionar la perspectiva educativa de la informació sobre salut, la importància de l'especialització professional, així com d'enfortir una major relació entre classe mèdica i periodistes.

Dolors Muntané i Coca, escriptora i periodista especialitzada en Salut, Sanitat i Medicina, també es mostra crítica amb el tractament dels temes de salut als mitjans: "Els tracten periodistes no especialitzats, es deixen portar totalment per les informacions oficials i no fan més recerca. I sobretot, les notes de premsa sempre són interessades per associacions, metges que les porten o laboratoris". Per això, "la col·laboració amb la classe mèdica ha de ser relativa". D'altra banda, explica Muntané, "el que interessa més als mitjans és el curs de les recerques, i aquí no hi ha gens de crítica constructiva". L'experta posa com a exemple les investigacions sobre el càncer, "que en lloc de centrar-se a curar-lo o descobrir el seu procés biològic per tal de poder tornar-lo enrere, se centren a frenar la metastasi, de manera que es fa crònica la malaltia". Segons afirma l'escriptora, "les multinacionals farmacèutiques ja només fan aquest tipus de recerca, que és el més rendible. Buscar la causa ja no els interessa. I les universitats que viuen de subvencions de la indústria tampoc ho fan, perquè busquen patents i tampoc els hi comprarien. I qui és capaç de dir tot això i que li publiquin?".

La periodista d'*El País*, especialitzada en Salut i Biomedicina, Milagros Pérez Oliva aposta també perquè el perio-

disme es distancii de les fonts per oferir la informació més objectiva i veraç possible: "Això vol dir, moltes vegades, desconstruir el missatge propagandístic i acrític que sovint arriba a les redaccions", a més que "caldrà fer un pas més i informar els lectors dels conflictes d'interessos que observin en les fonts i fer-los constar". Per això és important l'especialització professional, més fàcil d'altra banda als mitjans grans, que amb més recursos, poden disposar de personal especialitzat, així com "millorar en el treball de contextualització de les informacions i aprofundir més en el vessant social de la medicina".

La política i gestió sanitària també ha d'estar a l'agenda informativa dels mitjans, que han de saber traslladar els temes d'interès a la ciutadania de forma intel·ligible i crítica. Per a Montserrat Tura, metgessa, gestora i política, "hem de trobar la manera de traslladar a l'exemple concret la decisió governamental. Canviar un article d'una llei, un paràgraf dels Pressupostos Generals pot semblar poc important. Quan això es tradueix en el número de pròtesi de maluc que es podran col·locar i les que necessitaríem realment, aleshores tots ho entenem millor".

Salut, dona i mitjans

El 'Fòrum d'entitats de persones usuàries de l'audiovisual' constata a la guia *Superar els estereotips en els mitjans de comunicació audiovisual* que és freqüent als mitjans "representar els problemes de salut que afecten tota la població només amb exemples de figures femenines", i mostrar els processos naturals i físics de les dones (menstruacions, menopausa, embaràs...) com a problemes de salut. També al manual *Gènere i mitjans de comunicació. Eines per visibilitzar les aportacions de les dones*, elaborat el 2011 pel Consell de l'Audiovisual de Catalunya, l'Institut Català de les Dones i el Col·legi de Periodistes de Catalunya, es recomana als mitjans no només "superar les pràctiques clàssiques del discurs, com l'estereotipació o la invisibilització, sinó anar encara una mica més enllà per tal d'elaborar una informació acurada sobre la salut de les dones".

I és que en general, els mitjans de comunicació no tenen en consideració la perspectiva de gènere en els temes de salut, i si la tenen en compte és clarament amb finalitats comercials. Per a Dolors Muntané, "el tractament que se sol donar a la informació de salut de les dones gairebé sempre ve dirigit pel màrqueting, com en els casos de la menopausa o l'osteoporosi, amb l'interès que s'acudeixi a la medicina tradicional, que el que fa és tractar el símptoma. En contra d'altres opcions, com la Medicina Ortomol·lecular, que és més honesta, busca les causes i és poc tendent a la medicalització".

Milagros Pérez Oliva explica que el fet que els estudis mèdics s'hagin fet durant molt de temps d'acord amb patrons masculins ha portat a conclusions esbiaixades pel que fa a les dones: "Només recentment s'han introduït variables de

sexe en els estudis i s'han abordat problemes específics de la salut de les dones des d'una perspectiva científica. Quan abans s'havien fet aproximacions diferencials, eren sovint per aprofitar el segment de mercat femení amb finalitats comercials". La periodista d'*El País* posa com a exemple la manera com es va comercialitzar la teràpia hormonal substitutòria: "Primer es va presentar com a remei per als trastorns associats a la menopausa, com els fogots, però ràpidament es va promoure com a preventiu de cardiopaties i de pèrdua de massa òssia. Però això es deia sense estudis amplis que ho demostrassin. Quan finalment es va fer un gran estudi per comprovar aquells suposats beneficis que havien portat a recomanar el tractament de forma indiscriminada per a totes les dones a partir dels 50 anys, es va haver de suspendre a meitat perquè ja era evident que no només no tenia l'efecte preventiu que se li havia atribuït, sinó que comportava un increment significatiu de risc de càncer".

Salut mental

Els mitjans de comunicació tampoc reflecteixen la realitat de la salut mental, i menys encara la situació de la dona. És el que es desprèn de les recerques realitzades sobre el tema i el que defensa la directora de Comunicació de la Federació Salut Mental Catalunya, Elisenda Ferrer. En concret, afirma que el paper de la dona com a cuidadora és absolutament invisible: "En els casos de trastorns mentals severos, on les persones malaltes tenen una gran dependència, la persona cuidadora en un tant per cent elevadíssim és la dona, habitualment la mare". Segons els estudis, la meitat de les dones en aquesta situació deixen

FOTO: SXC.HU





FOTO: MARTIN BOULANGER

de treballar, amb la consegüent disminució d'ingressos i la major despesa que han de suportar, però "aquesta realitat no es fa visible als mitjans perquè tampoc no es fa visible en la societat", explica Ferrer.

En l'àmbit de la salut mental en general, la representant de la Federació Salut Mental Catalunya alerta de la vinculació errònia que fan de forma habitual els mitjans entre malaltia mental i violència, quan més aviat és al contrari, així com la confusió entre trastorn mental i retard mental. Però el repte més gran dels mitjans en aquest tema, segons l'experta, continua sent eradicar l'estigmatització: "Una vegada una noia que pateix esquizofrènia em va comentar que havia patit més a la seva vida per l'estigma que no pas per la malaltia en si", explica Ferrer. En aquest sentit, la professional apunta la necessitat que els mitjans ofereixin una imatge positiva de la malaltia mental i donin veu en primera persona a les persones afectades, així com tenir cura de les imatges que il·lustren els reportatges sobre salut mental en premsa o televisió, sovint gens apropiades.

Salut sexual i afectiva

En relació a la representació de les relacions afectives i sexuals entre dones i homes als mitjans, preocupa la reproducció d'estereotips de gènere i la vinculació habitual entre passió i violència, en especial a les sèries de televisió. És el que han pogut constatar en les seves recerques els membres del grup d'investigació en comunicació ASTERISC, de la Universitat Rovira i Virgili. Per a la directora d'aquest grup, la professora Iolanda Tortajada, a les sèries de televisió es potencia la idea que una relació apassionada és una relació inestable, a més que l'atractiu dels homes se centra en el poder i el de les dones en la bellesa: "D'aquesta manera, els personatges masculins que 'triomfen' a les sèries responen al patró de 'dolent', de 'dur'; aquesta idea s'ha incorporat a l'imaginari de nois

i noies i hi ha una certa identificació amb aquest tipus de personatge". Aquesta representació apareix també a les xarxes socials, espais on nois i noies gestionen les seves relacions sexuals i afectives, i on els nois que volen mostrar-se atractius ho fan ensenyant múscul, i les noies, les cames o l'escot.

Iolanda Tortajada aclareix que en aquest entorn "es poden trobar pràctiques i interaccions més igualitàries i d'altres que segueixen molt el model reproductor". Caldria, per tant, mostrar masculinitats i feminitats diverses, i el mateix per les relacions sexuals i afectives: "S'haurien de mostrar relacions basades en la igualtat, que no estiguin basades en la competitivitat entre noies, ni en la infidelitat o la inestabilitat o la vinculació de la passió i la violència, sinó al revés, a més de mostrar opcions sexuals diverses, perquè tot aquest món és molt heterossexual".

Pel que fa a l'orientació sexual de les dones, els errors més habituals dels mitjans són associar les dones transsexuals amb l'exclusió social i la prostitució, d'una banda, i amb un procés mèdic, de l'altra; o presentar les lesbianes com a dones poc atractives, d'aspecte masculí o bé com a dones molt atractives i agraciades. Es tracta doncs, tal com s'aconsella a la guia *Superar els estereotips en els mitjans de comunicació audiovisual*, de "presentar la transsexualitat amb naturalitat i evitar oferir-ne una visió morbosa", així com mostrar les persones LGBT en la seva integritat.



La violència de gènere als mitjans

Entre els errors freqüents dels mitjans en relació al tractament de la violència de gènere que enumera la professora de comunicació Iolanda Tortajada, destaca el fet que es presenta la violència contra les dones com una cosa estranya i anormal. Quan es presenta l'agressor "no només es fa servir un llenguatge de jutjat, amb una sèrie de vicis en la manera que es fa aquest tractament, sinó que de vegades es presenta com si fos un altre, amb la idea del monstre, d'una cosa estranya que passa molt poc i s'intenta justificar, com si qualsevol no pogués ser víctima o agressor". Això pot tenir una limitació, "perquè no permet parlar d'aquestes causes i de la idea que la violència pot afectar qualsevol dona".

Un bon tractament informatiu d'aquest tema passa, doncs, per fer visibles tot tipus de violències masclistes, no només en les relacions de parella, sinó també la violència psicològica, econòmica, la que es produeix en l'àmbit laboral o en l'àmbit social: "Com els mitjans es limiten a tractar una determinada dimensió de la violència, hi ha altres dimensions que queden totalment invisibles", explica Tortajada. A més, "és important donar un context, fer anàlisi i fer un seguiment informatiu del tema per trencar amb aquesta idea de succés. És fonamental en aquest sentit no presentar les dones només com a víctimes, mostrar que hi ha solució i que la violència és evitable". ■



Cartell de l'Observatori de les dones en motiu del Dia Internacional d'Acció per la Salut de les Dones, 28 de maig del 2010

RECURSOS

- C. Peñafiel Saiz, I. Camacho Markina, A. Aiestaran Yarza, M. Ronco López, L. Echegaray Eizaguirre (2014): "La divulgación de la información de salud: un reto de confianza entre sectores implicados". *Revista Latina de Comunicación Social*, 69, pp. 135 a 151. Disponible a: http://www.revistalatinacs.org/069/paper/1005_UPV/08c.html
- Cerdán, J.; Capdevila, A; Tortajada, I. "Representación mediática de las relaciones sexuales y afectivas". *Trípodos*, Vol. 1. 2009
- *Gènere i mitjans de comunicació. Eines per visibilitzar les aportacions de les dones*. Consell de l'Audiovisual de Catalunya, Institut Català de les Dones, Col·legi de Periodistes de Catalunya. Barcelona. 2011. Disponible a: http://www20.gencat.cat/docs/icdones/temes/docs/resum_manual_eines.pdf
- Duñó, R. i J. Palao, D. Violència, societat i malaltia mental. Servei de Salut Mental. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona). Universitat Autònoma de Barcelona. 2011
- *Superar els estereotips en els mitjans de comunicació audiovisual*. Fòrum d'entitats de persones usuàries de l'audiovisual - Consell de l'Audiovisual de Catalunya. Barcelona. 2013. Disponible a: http://www.cac.cat/pfw_files/cma/forum/documents/Superar_estereotips.pdf.
- Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M., Guillén, A.I. e Izquierdo, S. "La enfermedad mental en los medios de comunicación: un estudio empírico en prensa, radio y televisión". *Clínica y Salud*. 2011, 22 (2), 157-173.
- Tortajada, I. (investigadora principal). *Medios de Comunicación y violencia de género: ¿Catalizadores o elementos de prevención?* Plan Nacional de I+D+i. Ministerio de Ciencia e Innovación. 2008-2011

Pionera en investigació biomèdica

Anna Veiga



L'Anna Veiga (Barcelona, 1956) és una història de superació, i prova que la perseverança i el treball dur fan arribar algú allà on vol, o si més no l'apropen al màxim. L'actual directora del Banc de Línies Cel·lulars del Centre de Medicina Regenerativa de Barcelona i mare científica del primer nadó proveta que va néixer al nostre país ens descobreix més de la seva trajectòria professional, on la recerca n'és l'epicentre

L'Anna Veiga va llicenciar-se a finals dels anys 70 en Ciències Biològiques a la Universitat Autònoma de Barcelona. És llavors quan Veiga s'incorpora a les files de l'Institut de Salut de la Dona Dexeus, on va protagonitzar, l'any 1984, una de les efemèrides de la medicina moderna en estar al capdavant, juntament amb els doctors Pere Barri i Glòria Calderón, del primer naixement mitjançant fecundació in vitro del nostre país. L'arribada al món de la Victòria Anna va significar un abans i un després en el camp de la reproducció assistida: "passàvem d'unes possibilitats teòriques per tractar un problema d'infertilitat a l'evidència real que existien unes tècniques que funcionaven", explica Veiga. La satisfacció de participar en aquest programa, que feia possible la maternitat a totes aquelles dones que fins aquell moment n'havien estat privades, n'era un dels estímuls que van guiar el seu dia a dia en aquell període.

A l'inici del projecte, l'equip Veiga-Barrios-Calderón va comptar amb el suport de col·legues francesos i austríacs, que els van obrir les portes dels seus laboratoris i les seves clíniques. "Vam deixar-nos la pell en la consecució del nostre objectiu i ara estic segura que el secret de l'èxit va ser la nostra dedicació absoluta, la seriositat i creure incondicionalment en allò que fèiem", recorda l'encara directora científica del Servei de Medicina de la Reproducció de l'Hospital Universitari Quirón-Dexeus. Des d'aleshores, entre 5,5 i 6 milions de persones han nascut mitjançant fecundació in vitro arreu del món. "Comptem amb un bagatge de més de 30 anys que ha fet possible que les tècniques s'estandarditzin, que els procediments al laboratori millorin i que es pugui adaptar el protocol a cadascuna de les pacients, i això comporta un major índex d'èxit", subratlla Veiga.

L'any 2004, un canvi en les lleis donava llum verda a la investigació amb embrions humans i es planteja la creació de tres centres pioners en recerca embrionària i obtenció de cèl·lules mare a Catalunya, al País Valencià i a Andalusia. El projecte fascina Anna Veiga i s'incorpora al Banc de Línies Cel·lulars del Centre de Medicina Regenerativa de Barcelona (CMRB), del qual és actualment la directora. Veiga combina professionalment les seves dues passions: la reproducció i la recerca amb cèl·lules mare. "Ambdós àmbits comparteixen una mateixa base: com poden desenvolupar-se aquests embrions en el cos d'una dona que, a priori, no pot gestar-los, d'una banda; i veure com aquests embrions poden donar lloc a cèl·lules polipotents, de l'altra", apunta Veiga. El projecte de les cèl·lules polipotents és en el qual treballa actualment el CMRB.

En paraules d'Anna Veiga, "totes les malalties degeneratives en les quals es produeix una pèrdua de la funció cel·lular (diabetis, Parkinson, Alzheimer, etc.) són susceptibles de ser tractades amb teràpies cel·lulars; quan les cèl·lules deixen de funcionar, el que fem és intentar substituir-les per unes altres creades al laboratori". Aquesta disciplina d'avantguarda encara té molt recorregut i Anna Veiga s'hi deixa la pell, no només en consolidar-la, sinó també en difondre'n els avenços, motiu pel qual el 2013 va ser guardonada a la categoria d'or de la Medalla d'Honor del Parlament de Catalunya.

El triangle professional d'Anna Veiga es completa amb l'activitat docent, com a professora associada del departament de Ciències Experimentals i de la Salut de la Universitat Pompeu Fabra.

Veiga, que va ser presidenta de l'European Society for Human Reproduction and Embryology fins al juliol del 2013, també ha estat guardonada amb distincions com la Creu de Sant Jordi (2004), la Medalla Narcís Monturiol al mèrit científic i tecnològic (2005) o el Premi Nacional de Cultura Científica (2006), entre altres. ■

Per **Esther Escolán**

Carme Valls va començar fent pediatria a cinquè de medicina i va ser interna per oposició a la Facultat de Medicina. A l'hospital infantil Nen Jesús de Sabadell, on va treballar entre el 1968 i el 1970, va haver de diagnosticar un cas difícil i molt nou per a ella: "Una nena va néixer sense tiroide, però li deien que era lletja", explica. Per demostrar la seva hipòtesi va haver d'enfrontar-se a la direcció, amb ajuda de les mateixes monges, i amb una gammagrafia -es començaven a fer a Barcelona- es va demostrar que, en efecte, la nena no tenia tiroide. "Vaig comprendre el difícil que era diagnosticar encara els problemes hormonals i la importància que tenien". Valls va anar llavors a Madrid a fer l'especialitat de Medicina Interna i Endocrinologia, a la nova Escuela Iberoamericana de Medicina Interna, on va treballar quatre anys. "A còpia d'escoltar pacients, vaig adonar-me del gran predomini de problemes crònics que tenien les dones i la poca resposta que hi donava la medicina. Vaig iniciar la reflexió sobre la morbiditat diferencial i a partir de 1986 vaig començar a pensar que hi havia biaixos de gènere que ens impedié veure la realitat. En aquell moment vaig deixar de ser metge per ser metgessa", explica.

Actualment combina l'assistència privada de problemes crònics amb la recerca i la docència des d'un àmbit públic al CAPS, ONG científica sense ànim de lucre creada el 1983. "La medicina pública és l'esperança, però s'ha de formar molt millor els professionals i estudiants de medicina amb una mirada de gènere i que tinguin en compte les diferències", afirma.

Carme Valls ha divulgat sempre el resultat del seu treball -va escriure el llibre de capçalera sobre la diferència fisiològica entre dones i homes *Dones i homes: salut i diferències* (Columna, Barcelona, 1994); o *Dones invisibles* (Debolsillo, 2006), entre d'altres-. A més, des del 1996 l'equip del programa Dona, Salut i Qualitat de Vida del CAPS edita la revista *Mujeres y Salud*, en paper i en línia, perquè "estem sotmeses a bombardeigs informatius contradictoris i necessitem informació veraç", explica Valls, que valora molt la tasca del periodisme crític: "Cal molt més una mirada diferent sobre el cos i sobre la ciència mèdica". Recorda com periodistes nord-americanes van treure a la llum els efectes secundaris de la Teràpia Hormonal Substitutiva pels volts del 2000; "l'esforç del periodisme, quan és bo, ens ajuda molt", conclou.

Des de *Dones Dossier* havíem parlat amb ella en el número dedicat a Eco-feminisme (vegeu núm. 42), per la seva observació i estudi dels efectes de la contaminació mediambiental sobre el cos de les dones. "Sempre dic que les dones s'hauran de tornar ecologistes per no tenir tants problemes al seu cos. Perquè no és que elles hagin nascut malament, sinó que l'entorn les fa més vulnerables a trastorns"; el seu proper llibre abordarà precisament tres malalties, Fibromiàlgia, Fatiga Crònica, Sensibilitat Química Múltiple, degudes en part, segons Valls, a la contaminació mediambiental.

Carme Valls també ha dedicat temps a la política, com a associada primer a PSC-Ciutadans pel Canvi -va ser diputada entre 1999 i 2003-, i actualment a l'Associació de Federalistes d'Esquerra. "Necessitem polítiques públiques que apostin de forma decidida pels canvis; un seria introduir la docència de la diferència a les facultats de ciències de la salut i a la formació continuada de metges i metgesses de primària". Aquesta formació ara es fa voluntàriament -ella mateixa imparteix formacions arreu del territori-; "s'hauria de fer d'una manera reglada, però encara fa por. Per això hem decidit tirar pel dret i hem fet l'escola de formació de morbiditat diferencial des del CAPS". Es refereix a la formació -abans presencial, ara en línia- oferta des del programa Dona, Salut i Qualitat de Vida, per a professionals i també, en un altre vessant, per a dones que vulguin conèixer millor el seu cos. A caps@pangea.org es pot demanar tota la informació.

Perseverant, lluitadora i generosa, és membre de la xarxa Redcaps, de professionals de tot l'Estat, que fan avançar i visibilitzar la salut de les dones, i gràcies a la qual, afirma, ha millorat i millora l'estudi de la diferència. ■

Perseverança i generositat per la salut de les dones

Carme Valls



Quan parlem de la salut de les dones al nostre país, el referent incontestable és Carme Valls i Llobet (Barcelona, 1945). Metgessa endocrinòloga, des de fa més de vint anys observa les diferències en la salut de les dones i treballa amb perspectiva de gènere. És la vicepresidenta del Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS), dins el qual va crear el programa Dona, Salut i Qualitat de Vida, que dirigeix des de fa més de vint anys per a la recerca i la formació sobre salut diferencial

Per Laia Serra Valls

El dolor, motor de la recerca

Lucía Artazcoz



Com afecta la salut de les dones la suma de la jornada de treball remunerat i domèstic, segons la classe social, els nivells de l'Estat del Benestar i els models de família? Totes aquestes coordenades vertebren la llarga recerca de Lucía Artazcoz, actual directora de l'Institut de Serveis a la Comunitat de l'Agència de Salut Pública de Barcelona. Com a investigadora ha ampliat les fronteres de la recerca clàssica en riscos laborals, posant èmfasi en les desigualtats de gènere i de classe

Nascuda el 1963 en un poblet navarrès de mil habitants, Doneztebe, Artazcoz confessa que el dolor ha marcat la seva vida. En un primer moment perquè va ser precisament per superar la seva aprensió al dolor de les altres persones que va escollir estudiar Medicina a la Universitat de Navarra, malgrat que ho va deixar: "La meua mare ja m'ho deia: no serveixes per fer assistència". Davant d'aquesta incompatibilitat va decidir saltar a Barcelona per estudiar l'especialitat de Medicina Preventiva i Salut Pública, primer a l'Hospital de la Vall d'Hebron, i després a l'aleshores Institut Municipal de la Salut: "Vaig pensar: ¿com puc combinar la medicina amb el que m'agradava de les matemàtiques i el meu compromís social?: doncs, salut pública! I la veritat és que m'encanta", i afegeix que "el dolor", entès com a social en aquesta ocasió, li ha marcat molts camins de recerca.

D'investigar la incidència de l'impacte de la sida i la tuberculosi als anys 90, va passar a treballar en riscos laborals quan va obtenir la plaça fixa a l'Agència, un camp que "l'avorria profundament". "Es basava a estudiar només accidents de treball i malalties professionals i jo ja intuïa que el món laboral té un impacte sobre la salut que va molt més enllà". Confessa que va ser Jeffrey Johnson, de la *Johns Hopkins University*, qui va donar sentit al seu nou rumb professional en descobrir el camp dels riscos psicosocials del treball remunerat. "En Jeff, que va venir a impartir classes a l'Agència, no només m'han ensenyat una nova àrea d'estudi, sinó que m'ha fet entendre la meua vida com a treballadora". En aquest sentit cita Carme Borrell, codirectora de la seva tesi doctoral, qui també la va marcar profundament en la recerca sobre les desigualtats socials en la salut, així com el vesper de neguits acadèmics i socials del Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris.

Aquest camí acadèmic queda plasmat en llibres com *Dones, Salut i Treballs: Col·lecció Estudis del Consell de Treball, Econòmic i Social* (2005); el capítol al llibre *Work and Social Inequalities in Health in Europe* (P.I.E. Peter Lang, 2007), titulat *Health inequalities in a combined framework of work, gender and social class*, sobre una aproximació a la salut que combina el marc de gènere i classe social; o també la 5a. *Monografia. Sociedad Española de Epidemiología. Investigación sobre género y salud* (2007), que va dirigir juntament amb Borrell.

Des d'aleshores Artazcoz ha ampliat els horitzons de la recerca en aquest camp a escala internacional i ha incorporat les desigualtats de gènere i el treball domèstic no remunerat, pràcticament invisibilitzat, a partir de les aportacions de la canadenc Karen Messing i de la seva participació en el Primer Congrés de Dones, Salut i Treball els anys 90, on va conèixer l'endocrinòloga Carme Valls.

Actualment segueix indagant entorn de l'impacte sobre la salut del treball remunerat i domèstic segons els models de família, els nivells d'Estat del Benestar i la composició de la llar. Unes variables que examina en el seu article recent *Aspectos metodológicos en la investigación sobre trabajo, género y salud* i que arriba a conclusions ben doloroses: encara la classe social i el gènere marquen extremadament els nivells de salut de les persones. La investigadora ho té clar: "El 80% de la salut depèn de les condicions de vida i treball, i només el 20% de l'assistència". ■

El vincle de Rosa Segarra amb el moviment feminista es remunta a la dècada dels 70, quan començà a vincular-se amb els grups de dones emergents del moment. Pionera i decidida, va crear el grup de dones de Sant Joan Despí el 1976, on residia llavors. Amb una consciència clara dels déficits que patien les dones en matèria de drets socials, es va interessar especialment per tot allò relacionat amb la salut sexual i reproductiva.

Va aprendre de grups com DAIA (Dones per l'autoconeixement i l'autoconcepció), un grup de professionals de la medicina que van fer possible la creació de centres de planificació familiar. Grups de dones es van unir a d'altres que estaven en el camp sanitari -Segarra cita Rosa Ros, entre altres metgesses, infermeres i llevadores-, "que tenien la informació sobre aquests temes i la consciència per transmetre-ho a les altres dones".

A partir d'aquí Segarra va obrir el seu propi camí, amb la intenció d'afavorir la situació de les dones al seu poble. Va entrar en contacte amb els Consells de Salut dels primers ajuntaments democràtics, que segons ella van afavorir molt la creació dels plannings: "En uns altres moments no hauria estat possible, però va coincidir la conscienciació i l'organització d'algunes dones amb l'eufòria política del moment".

El Centre de planificació de Sant Joan Despí es va obrir el 1981 i van passar-hi unes 6000 dones fins que va desaparèixer, nou anys després, traspassat a la Seguretat Social. Segarra va renunciar voluntàriament: "M'ho vaig pensar molt, però vaig veure que jo no canviaria un ens com la SS, i tampoc volia que l'ens em canviés a mi, perquè la manera que teníem de fer era impossible que encaixés en el nou model". Veia incompatible el tipus de consultes que feien al centre de 20 a 30 minuts per persona amb els 10 minuts de la ginecòloga de la Seguretat Social.

Segarra recorda el projecte, que va veure néixer, créixer i desaparèixer, com una "experiència meravellosa". Hi va aprendre també, amb un cert dolor, que no podia canviar la vida a la gent i que tot i que a ella la movia la il·lusió de transmetre totes aquelles descobertes sobre la sexualitat que personalment l'havien alliberada, la realitat de moltes dones era una altra. "La repressió era tan gran; em va colpir com de malament les dones estaven vivint la seva sexualitat en la immensa majoria, allò que s'estaven perdent perquè ideològicament se les havia castrat d'aquella manera", recorda encara amb el mal gust a la boca.

Durant dos anys va estar a la Casa d'Acollida de Dones Maltractades de Barcelona, quan el tema del maltractament a les dones era molt silenciats encara. Paral·lelament col·laborava amb l'Associació Salut i Família, la primera associació d'Espanya per a la interrupció voluntària de l'embaràs, on entre el 1991 i el 1998 va atendre directament més de 5000 dones.

D'aquí va passar a un petit Centre d'Atenció a la Violència de l'Hospitalet. S'acabava de crear la primera Regidoria de la Dona i Maria Dolors Fernández, la seva regidora, la va venir a buscar per transformar-ho en el que seria el Centre d'Atenció a la Dona, on va estar-s'hi 21 anys. "Ens hem respectat molt. He passat per tres alcaldes diferents i han estat totalment respectuosos amb el programa i mai no ens han negat res", valora Rosa Segarra des de la tranquil·litat que li ha portat ara la seva jubilació, on aprofita, dona inquieta, per estudiar Història de l'art i Filosofia. ■

"Qualsevol dona intel·ligent que visqui a la nostra societat ha de ser feminista"

Rosa Segarra



Rosa Segarra va ser fundadora i consultora del Centre de Planificació Familiar de Sant Joan Despí i responsable del Centre d'Atenció i Informació a la Dona de l'Ajuntament de l'Hospitalet. Llicenciada en Ciències Socials i diplomada en Treball Social, ha dedicat la seva carrera professional a la millora de les condicions de les dones. El fet que en la seva primera feina d'administrativa, amb 16 anys, el seu pare hagués de signar-li les nòmines la va colpejar tant que des de llavors és una feminista acèrrima: 'Jo crec que qualsevol dona intel·ligent que visqui a la nostra societat ha de ser feminista'

“Les dones hem anat limitant la nostra llibertat per raons de seguretat”

Alba Alfageme



FOTO: Marta Barnolas

La psicòloga Alba Alfageme és la coordinadora de la Unitat de Suport a l'Atenció de Víctimes dels Mossos d'Esquadra. Des de ben jove es va sentir atreta pel feminisme i la problemàtica de la violència de gènere. El que no es pensava mai és que hi acabaria treballant des d'una unitat policial

Des de ben jove va mostrar interès pel feminisme. Probablement la seva mare i la seva àvia, amb una forta consciència de gènere, “hi devien tenir alguna cosa a veure”. Alba Alfageme va estudiar psicologia per una motivació intrínseca de canviar les coses i aportar el seu granet de sorra a la societat. Mentre cursava els estudis, se'n va anar un estiu a El Salvador a cooperar amb l'ONG Las Dignas: “Em va apassionar conèixer aquestes dones amb un discurs tan elaborat i que havien patit el conflicte armat. En l'àmbit associatiu, estan molt més avançades que nosaltres”. Quan va tornar, va decidir cursar un màster en criminologia judicial i forense. Estalviava durant l'any, per a l'estiu marxar a conèixer l'Índia, Tailàndia... I Brasil, on va estar treballant a un barri de faveles en el qual les mateixes famílies obligaven les dones a prostituir-se: “Vaig descobrir les estratègies que les entitats utilitzaven amb les nenes per reinterpretar el seu cos, treballar la sexualitat a través de la dansa”.

Després d'aquests viatges, es va voler especialitzar en violència de gènere. Per això va cursar el postgrau especialitzat en intervenció psicològica en casos d'agressions al si de la parella. Arran d'aquest curs, va obtenir una beca que li va permetre entrar a treballar a l'Institut de Seguretat Pública de Catalunya en l'àmbit de la formació i la selecció, feina que combinava amb les intervencions a un Servei d'Informació i Atenció a les Dones.

El 2007 es va crear el programa de Seguretat Contra la Violència Masclista i, un any més tard, li van fer la proposta d'entrar a treballar a l'actual Unitat de Suport a l'Atenció de Víctimes dels Mossos d'Esquadra: “Mai vaig tenir interès per la seguretat pública, però el fet d'entrar dins l'àmbit policial em va permetre anar més enllà dels prejudicis que m'havia creat i conèixer la part assistencial”.

Quan es va incorporar com a coordinadora, el seu objectiu va ser el de consolidar la feina que s'havia fet d'ençà de la creació de la unitat: “fer entendre que la violència de gènere és una qüestió de la seguretat pública i que no es pot tractar com un tema a part”. “La violència de gènere es caracteritza per la inseguretat que pateixen les dones. Les dones hem anat limitant la nostra llibertat per raons de seguretat”.

Alfageme considera que la creació de la unitat ha permès treballar per un model policial més professionalitzat i global. “Ha permès elaborar les enquestes de violència masclista que han ajudat a visibilitzar els diversos tipus de violència de gènere”. Un problema que “és el de més envergadura en el Departament d'Interior, ja sigui per la temàtica com pel volum d'activitat policial que comporta”. En destaca sobretot l'esforç que s'ha fet per l'impuls de la recerca i la importància de les dades: “En el darrer estudi que hem fet s'assenyala que on moren més les dones en mans de les seves parelles és als domicilis”. Si aquesta realitat s'explica sense dades “et diuen que ets una feminista i que estàs passada de moda”.

El principal repte que es marca és que la unitat continuï sent una prioritat pel Departament. Entre altres, el de “continuar treballant per intentar trobar la clau per desarticular aquest masclisme que segueix molt viu i permanent entre els joves” i impulsar la formació transversal al cos policial “per tal de sensibilitzar i evitar processos de revictimització”. Però també per donar eines “al professional que el permetin treballar amb més precisió”. ■

Per Anaïs Barnolas

Montserrat Tura porta la política a les venes i és que va créixer en una família amb un fort activisme polític en la lluita contra la dictadura. “No vaig entrar en política, m’hi vaig trobar i no vull deixar de mirar el món des d’aquest angle”, explica. Nascuda a Mollet del Vallès l’any 1954, va començar a participar des de ben jove en organitzacions antifranquistes i de defensa de les llibertats i els drets humans. El 1987 va ser escollida alcaldessa de Mollet, càrrec que va exercir fins a l’any 2003, període en què la ciutat va experimentar una gran transformació urbanística i sociocultural.

L’any 1995 va ser elegida diputada al Parlament de Catalunya i reelegida a les quatre legislatures posteriors. El 2003 va ser nomenada consellera d’Interior, i consellera de Justícia el 2006, càrrec que va exercir fins al 2010. Tot i retirar-se de la primera línia política l’any 2012, Montserrat Tura té clar que la política és un compromís personal que es practica de moltes maneres: “Estic fent política activa cada vegada que faig una intervenció pública, cada vegada que participo en un debat o explico el meu pensament en un article o una entrevista. No cal tenir un càrrec públic per tenir opinió política i no s’ha de desmerèixer mai un grup de persones ben informades amb voluntat de canviar les coses, perquè tenen un gran potencial transformador. Faig política, no sé ni m’importa el número de la línia, però faig i faré política”, assevera.

Llicenciada en medicina i cirurgia per la Universitat de Barcelona, i especialista en gestió i economia sanitària, abans dels 30 anys ja estava dirigint el Consorci Sanitari del Baix Empordà, convertint-se en la primera dona a dirigir un hospital a tot Catalunya. Ara, exerceix de metgessa en aquest hospital i de directora adjunta de suport. Explica que el fenomen més extraordinari que mai ha observat i estudiat és la complexitat de l’existència de vida a la Terra, per això va voler dedicar-se al món de la ciència i, en concret, a la medicina: “El funcionament del cos humà és d’una perfecció que emociona. Conèixer-lo bé i guarir-lo quan els equilibris perfectes es trenquen suposa un repte científic irresistible. Si hi sumem els components socials que afavoreixen un concepte integral de salut, i les diferents teories sobre l’organització d’administracions sanitàries, ens adonarem que dedicar-se a la medicina és l’opció més social que pot fer qui li agrada la ciència”, explica.

En reflexionar sobre la igualtat en aquests dos camps, la política i la medicina, Montserrat Tura constata les desigualtats que encara perduren. En política, les dones ho tenen més difícil que els homes “perquè encara no hem distribuït equitativament les tasques del viure quotidià ni hem superat la llosa cultural que hi ha coses que millor que les decideixin ells. Sempre sobrevoles les deliberacions uns tòpics que no es verbalitzen però que hi són”. I assegura que “encara avui es viu en política amb la idea de ‘posar’ dones per imatge i no per convicció, ni tan sols la llei de la igualtat s’ha interpretat amb normalitat”. En el món de la sanitat, explica, passa el mateix que a moltes estructures complexes: “En la base hi ha moltes dones, en la cúpula molt poques. A mesura que cal atorgar responsabilitats, el santoral masculí s’imposa”.

Per Montserrat Tura, no podem renunciar als valors de llibertat i d’igualtat ni un instant: “Defensar la llibertat vol dir no tolerar ni una sola desigualtat, una societat igualitària vol dir no permetre cap llei que no garanteixi la igualtat d’oportunitats... i nosaltres en sabem molt de discriminació, pertanyem a la meitat de la humanitat que s’ha volgut fer creure que érem inferiors. Només cal aplicar aquests conceptes que en ells mateixos són revolucionaris a la nostra activitat quotidiana”, conclou. ■

Apassionada per la medicina i la política

Montserrat Tura



FOTO: FLICKR.COM/PHOTOS/SOCIALISTES

Montserrat Tura i Camafreita ha estat consellera d’Interior i consellera de Justícia de la Generalitat de Catalunya, i diputada al Parlament pel Partit dels Socialistes de Catalunya en diverses legislatures. L’any 2012 canvia l’escó al Parlament per la seva altra passió: la medicina. Actualment exerceix de metgessa a l’Hospital de Palamós

Per **Paloma H. Pastor**

Ser fidel a tu mateix és el que et fa gran...



Banc de l'Any a Espanya
2013



Millor Banc d'Espanya
2012 i 2013



Millor Banc en
Innovació Tecnològica
del Món 2013

BAI-FINACLE
**GLOBAL BANKING
INNOVATION**
AWARDSSM 2013

Banc més Innovador
del Món 2013
Millor Innovació en Productes
i Serveis 2013



*...ser fidel als teus valors
és el que et fa únic*

Aquests guardons són un reconeixement a la fidelitat als nostres valors i principis. Uns premis a la dedicació i a l'esforç quotidià de tots els professionals que formem CaixaBank.

I, fonamentalment, a la confiança dels nostres 14 milions de clients.

Des de CaixaBank volem expressar el nostre agraïment més profund i sincer a cada un d'ells.

Perquè no som només un banc. Som CaixaBank.