

10 Anys treballant
x la salut de les dones



Xarxa de Dones per la Salut



10 Anys treballant x la salut de les dones



10 Anys treballant x la salut de les dones

Edita: Xarxa de dones per la salut de Catalunya, 2008

© Foto de coberta: George Bosela

© dels textos: Xarxa de dones i les respectives autores

© de l'edició: Xarxa de dones per la salut de Catalunya

c/ Casp, 38 pral.

08010 Barcelona

accio@xarxadedonesperlasalut.org

www.xarxadedonesperlasalut.org

Impressió: El Tinter, S.A.L.

Dip. legal: B-54077-2008

Tots els drets reservats

Amb el suport de:

 Generalitat de Catalunya
Institut Català de les Dones

Xarxa de dones per la salut de Catalunya

Sumari

CAPÍTOL 1

PRESENTACIÓ DE LA XARXA

A manera de pròleg	13
«Les associacions com a mecanismes de visualització i debat social per a una millor salut de les dones» MONTSERRAT CERVERA RODON	13
La xarxa de dones per la salut	21
Què és?	21
Qui som?	21
Quin és l'àmbit d'actuació?	22
A qui representem?	22
Objectius de la Xarxa	23
Mecanismes d'actuació de la Xarxa	24
A qui s'adreça la Xarxa?	24
El dia a dia	25

CAPÍTOL 2

EL 28 DE MAIG

Diada internacional d'acció per la salut de les dones	27
El 28 de maig any per any:	
1997 L'accés a l'atenció sanitària de qualitat és un dret de les dones	28
1998 Dona, salut i violència: dret de les dones a una salut sense violència	28
1999 Defensem una sanitat pública de qualitat i amb calidesa	28
• Manifest	29
2000 L'atenció a la Salut de les dones a Catalunya	34
2001 Ens alimentem o ens enverinem? Per una nova cultura dels aliments	34
2002 Dret a la salut: un dret de ciutadania per a les dones	35
• Manifest	35
2003 Jornades de la Xarxa: dona, salut, participació i compromís	39
2004 La salut és plaer. Dones en xarxa promovent la salut	41
2005 Com volem i per a què serveixen les revisions ginecològiques	44
• Conclusions i Propostes	44
2006 Participació a la Gran Trobada de Dones de Catalunya	46
2007 Les dones, la salut i el medi ambient	46
• Ponència: Exposició de dones i nens a contaminants químics DOLORES ROMANO	46
• Ponència: Efectes sobre la salut a curt i mitjà termini de la utilització de substàncies químiques al medi ambient CARMEN VALLS LLOBET	46

CAPÍTOL 3

LES JORNADES DE LA XARXA

I Jornades de la Xarxa de Dones per la Salut	61
Ponència: El paper que cal desenvolupar per la xarxa i les associacions de dones davant de les institucions i del sistema sanitari PILAR BLANCO	62
Ponència: El paper de la xarxa i les associacions davant de les dones. Necessitats i prioritats VICEN LAGUNA	71
Ponència: La red-caps, virtuts i perills d'una xarxa de professionals MARGARITA LÓPEZ CARRILLO	77
Conclusions de les jornades	82
Participació en la Gran Trobada de Dones	87
• Taula rodona: L'atenció a la sexualitat i la reproducció	88
• Taula rodona: L'organització de l'atenció sanitària i socio sanitària i la repercussió sobre la salut de les dones	114
• Taula rodona: Ser dona no és cap malaltia! La medicalització de la salut de les dones	116
• Vídeo fòrum: Corbes gracioses de Kiti Luostarinen	135

CAPÍTOL 4

ALTRES ACTIVITATS

Activitats extraordinàries 2004	145
Taller «Salut i Escola»	146
Taller «Dos para saber, dos para curar»	148
Activitats extraordinàries 2006	153
Taller amb la Marta Zannetti	153
Participació a celebracions alienes del 28 de maig	157
Ajuntament d'Arenys de Munt, 2005	157
Ajuntament de Reus, 2004	164
Altres participacions	172
Pòster La anticoncepción y la salud de las mujeres Congreso Estatal de Planificación Familiar (2007)	172

ARXIU GRÀFIC	177
------------------------	-----

Què trobaràs en aquest llibre?

Aquest llibre que tens a les mans també podria anomenar-se així: **La Xarxa de Dones per la Salut. Retalls de deu anys d'història**

Aquesta petita introducció no té com a objecte explicar què és la Xarxa ni qui la forma ni què ha fet al llarg d'aquests deu anys. Aquest text només pretén explicar-te fins a quin punt aquest llibre està fet basant-se amb el que hi ha i el que no hi ha. També explica perquè és tan dispers i fragmentari, i perquè s'assembla tant a un conjunt heterogeni de sediments arqueològics o als materials diversos que deixa una riuada.

Quan es comença un projecte, una no sap a priori si donarà de si, quan durarà, què s'aconseguirà de tot això que es planifica i es somia (i mai està molt clara la diferència entre els somnis i els plans). Després, a poc a poc, la cosa va prenent cos. Un cos amb vida pròpia que, a mesura que es desenvolupa, a vegades s'assembla a allò que s'havia projectat i altres vegades no. Però és un cos viu, ni mes ni menys. I així, un dia, descobreixes (descobreix el grapat de dons que ho ha anat alimentant) que ja han passat deu anys, i que aquella fràgil criatura feta d'il·lusions i esforços robats a les energies residuals de la jornada quotidiana (i una miqueta de diners públics, molt poquet realment) compleix deu anys. Llavors ve allò de «per què no fem un llibre?», i allò altre de «Socors, ens falten documents!». «Per què no vam demanar les intervencions que ens van escriure els participants de les jornades de 28 de maig? Per què no ens vam esmerçar una miqueta més

amb aquell «targetó» tan «cutre»? Per què no ens hem fet més fotos en les assemblees? Per què ...? Però així és la vida.

No sabíem, les dones que ens reunim un dimecres al mes per pensar, projectar, xerrar i riure juntes (grupet que anomenem familiarment la xarxeta), que la nostra xarxa compliria deu anys amb tanta bona salut i vocació per complir-ne molts més, i que voldríem passar a la posteritat amb tot un llibre.

Per això aquest llibre és així, per això hi ha algunes ponències d'algunes jornades, algunes fotos d'algunes assemblees, alguns manifestos, alguns «targetons» bonics, i d'altres tan «cutres» que semblen «octavilles» del prehistòric ciclostil, alguns documents elaborats a partir d'algunes reunions amb institucions, etc. Així ens hem escurat les butxaques (els arxivadors de paper, les carpetes de l'ordinador) i això és el que n'ha sortit. En fi, un document que té més de punta d'iceberg que altra cosa, però aquest és el seu encant també. Sembla dir: «això és el que hem rescatat, però hi ha més, molt més».

Signat: La Xarxeta

Montse Cervera Rodon

Montse Pineda Lorenzo

Carme Catalan Piñol

Dolors Rodríguez Martín

Chus Peñaranda

Margarita López Carrillo

Lucie Foissin

Graciela Traba

Montse Rovira

Eulàlia Torres

A manera de pròleg

«Les associacions com a mecanismes de visualització i debat social per a una millor salut de les dones»

Conèixer el nostre cos i les nostres necessitats, començar a controlar aquesta part de les nostres vides ens ha produït una energia que es manifesta en les nostres accions, en les nostres relacions amb els homes i amb les dones i amb tota la societat. Després d'aprendre el que «els experts» ens havien de dir, vam descobrir que encara teníem molt per aprendre juntes... I ara estem molt millor situades per avaluar les institucions que haurien de cobrir les nostres necessitats... Hem sentit el nostre poder potencial com una força per al canvi social i polític. Aquesta és la raó per la qual les feministes hem estat tan actives contra les restriccions legals inhumanes... lluitant contra tot el que impedeix a les dones controlar i gaudir del seu cos.

«The Boston Women's Health Book Collective», 1972

Alguns sabers femenins no formen part de la història oficial de la ciència però implícitament estan presents. Els sabers femenins són els sabers acumulats per les dones i han estat fonamentals per a la supervivència de la humanitat.

Van ser les primeres a manejar empíricament els processos bioquímics associats a la fabricació de pa, els canvis químics de la preparació dels aliments, la recol·lecció de plantes medicinals i l'atenció a la salut de les persones.

Núria Solsona: «Fer ciència des de l'autoritat de les dones», *Emakunde* 49, 2002

El moviment de les dones per la salut a Catalunya i en l'Estat espanyol neix en la dècada dels setanta i surt a la llum pública amb el ressorgiment de la democràcia i l'extensió i aparició del moviment feminista.

Els seus referents teòrics estan molt lligats al moviment nord-americà i europeu de les dones per la salut i en especial a les idees i pautes del Col·lectiu de salut de les Dones de Bòston. A partir de la traducció i adaptació del seu llibre *Els nostres cossos, les nostres vides* per la periodista Leonor Taboada, s'introdueix en l'Estat espanyol i a Catalunya, dins del moviment feminista, la perspectiva de la salut de les dones, partint de les pròpies experiències sobre la percepció de la salut, des d'un cos de dona i com a subjectes de drets i posseïdors d'un cos propi i diferent del dels homes i divers per a cada dona, però sense delegar mai en experts sinó compartint, escoltant, informant-nos i prenent decisions com a protagonistes de la nostra salut.

Aquestes idees parteixen d'una premissa fonamental lligada al moviment feminista, la salut de les dones és vista, interpretada i resolta en una societat on la desigualtat entre els sexes determina una visió androcèntrica del cos i la salut de tot el món, i en especial de les dones. A més d'aquesta desigualtat cal afegir les classes, edat, orientació sexual, raça, etc. La qual cosa reflecteix una posició de les dones com a víctimes de la seva pròpia biologia, invàlides i dotades de naturalesa inferior, o com a mares i esposes a qui protegir.

Per aquest motiu, quan les dones es comencen a reunir i a trobar-se en espais propis, el tema de la salut és fonamental davant de la vindicació de «drets de la salut» com a visibilitat del cos de les dones com a subjectes. Comencen a expressar, en veu pròpia, la seva concepció de la salut, al marge i contra els supòsits androcèntrics, reaccionaris, llegats del franquisme i molt arrelats en les mentalitats tant de la població, en general, com de la classe mitjana, en particular.

També hi ha una voluntat conscient de recuperar les veus de les dones per la salut al llarg de la història, des de l'antiguitat, passant per les metgesses medievals. És important donar a conèixer les dones sàvies, metgesses i llevadores oblidades de la

història, que han estat presents des dels nostres inicis. No partíem de zero, ja que tota una genealogia ens precedia en aquests sabers, i recuperem noms concrets així com moltes experiències de vides de dones. Entre les més pròximes a nosaltres, es troben les primeres metgesses catalanes: Dolors Aleu, Martina Castells, Hel·lena Pasteres, Rosa Vinyals (llevadora), etc.

En aquest camí, les dones feministes creen espais de salut, revistes, grups, realitzen ponències, debats, accions i mobilitzacions, i exigeixen als poders públics recursos i lleis que garanteixin els drets de les dones en tots els nivells.

A través de l'autoconeixement i l'autoajuda coneixem el cos de les dones, sempre amagat i lligat al pecat o a la maternitat, segons els discursos oficials, i parlem del cos com a font de plaer, no en funció del dels homes sinó del propi, i per tant el dret a decidir i controlar la nostra salut i sexualitat. És l'època dels grups DAIA a Catalunya, la revista *l'Ortiga*, les comissions per al dret a l'avortament i la salut, etc., amb ramificacions i relacions amb altres dones procedents de barris, sindicats, partits, i de diversos àmbits professionals.

En aquest context és on s'ha de situar el naixement dels centres de planificació familiar, que tot i el seu nom, deixen la presa de decisions a les dones i arpleguen el dret al propi cos, el dret de les dones a decidir, conèixer i ser protagonistes de la seva salut i també el seu dret a disposar d'un espai càlid en què altres dones, professionals mèdiques o consultores, les orienten i ajuden en totes les qüestions sobre el propi cos, sense importar jerarquies. «El dret a decidir» és el lema de referència en els debats sobre maternitat lliure i responsable i no com a única alternativa i disposició natural de les dones: es reivindica el dret a mètodes d'anticoncepció no agressius per a homes i dones, l'avortament a fi de no morir o criminalitzar, tant a les dones com als professionals que el realitzen, sempre respectant l'opció de les dones i el mètode que s'ha de seguir, la seva incorporació a l'entramat social, etc.

Així mateix, en aquest context, es parla de la manipulació del cos de les dones per la indústria farmacèutica en les noves tècniques de reproducció assistida... i de la

manipulació sobre la imatge del cos de les dones estereotipada i des del punt de vista dels homes.

El tema de la violència contra les dones és també interpretat en clau de manifestació de poder dels homes sobre les dones, de no reconeixement de la seva sexualitat i com a subjecte diferenciat i és, en aquest context, on es reclamen lleis i recursos per acabar amb la violència, així com per donar suport a les dones maltractades.

Totes aquestes idees dels anys setanta i vuitanta del moviment feminista i per a la salut assenten les bases del que seran les pràctiques i els debats actuals sobre la salut de les dones, aconseguint èxits notables així com derrotes i retrocessos greus.

Però el que volem ressaltar és que ha estat el discurs i l'autoorganització de les dones el que ha impulsat el debat i ha posat sobre la taula els drets de la salut de les dones i altres debats alternatius com els referents teòrics i pràctics per controlar les polítiques públiques.

Totes aquestes premisses han tingut alts i baixos, tant des de la perspectiva de les associacions de dones amb relació als temes concrets com a tipus d'organització.

A partir de finals dels anys noranta, s'aconsegueixen molts èxits pel que fa a les propostes que s'han anat incorporant i pel que fa també a la visualització de la salut de les dones, a tots els nivells, però sobretot aquests projectes i debats han estat un referent per al conjunt de les dones d'identitats i situacions diverses.

Es comença a caminar cap a propostes sobre la salut integral i diferencial, sense necessitat de centrar-se únicament en els temes propis de la reproducció, com es feia inicialment, almenys a nivell de discurs, i també es comença a parlar més d'altres temes com l'atenció sanitària, les dones d'edat avançada, les dones joves, el dolor, el medi ambient. Hi ha una gran varietat d'associacions dedicades a aquests temes o a d'altres més concrets com la sida, el càncer de mama, i també el naixement d'una revista específica *MyS (Mujeres y Salud)*.

Hi ha una voluntat de crear xarxes a partir de la celebració conjunta de jornades,

espais específics, etc. que a poc a poc, es van consolidant amb l'aportació de professionals i de grups de dones.

No obstant això, hi ha també parts negatives o almenys contradictòries i complexes: es produeix una certa institucionalització d'algunes propostes i de persones del moviment de la salut, evidentment a la baixa (falta de recursos, usurpació del discurs feminista però sense les dones, etc.), que provoquen retalls en els drets, privatitzacions i pocs o nuls mecanismes de control democràtic per part de les associacions de dones. L'ex PAD, (Programa d'Atenció a la Dona) sobre salut reproductiva, (es vol mostrar com a referent de la salut de les dones) pateix la falta de formació de salut diferencial per part del personal sanitari, integració dels centres de *planning* sense integrar l'esperit, ni les prestacions, ni les persones, etc. i dificultat per falta de mecanismes d'incidència.

Segueix la contínua medicació de la salut de les dones amb relació a tot: el dolor, l'anorèxia, la bellesa, la vellesa i la menopausa.

Per part dels professionals hi ha un cert distanciament entre els grups de dones i les institucions, la qual cosa accelera possibles propostes de canvi o d'involució.

En aquests últims deu anys es pot dir que, a pesar de les ofensives de la dreta encaminades a la privatització de serveis i recursos, a més d'una voluntat d'involució pel que fa al tema de la maternitat i la menopausa (tornant al primitiu discurs sobre la naturalització de la maternitat i de les dones), el moviment de les dones per la salut es comença a recuperar com a moviment polític i planteja una diversitat de propostes creant grups de xarxes de professionals per un costat i xarxes de grups de dones d'un altre, amb una voluntat d'interrelació que s'ha d'anar construint amb la pràctica de relacions tant en jornades i trobades, com per Internet per mitjà del debat públic, i anar incorporant en la mesura que es pugui el nostre discurs, investigació i propostes polítiques al conjunt de la societat i a les institucions i administracions públiques.

El projecte de la *xarxa de dones per la salut a Catalunya*

El projecte de treballar en xarxa de dones per la salut, neix de les trobades per a la celebració del 28 de maig: dia internacional per la salut de les dones. Aquesta data és un punt de referència internacional per als grups de dones per la salut i es celebra des de 1987, molt especialment a l'Amèrica Llatina. Estan involucrades moltes xarxes i grups de dones la voluntat de la qual és la trobada.

A pesar de les accions realitzades per certs grups de dones, no és fins a 1997 quan comencem a convocar una trobada conjunta per a aquest dia, amb la voluntat expressa d'iniciar una relació que vagi més enllà d'aquest fet puntual. Ara tenim una seu i estem preparant unes noves jornades de debat. Aquesta seu és Ca la Dóna, un espai i una associació feminista on es troben diversos grups de dones i projectes feministes que potencien l'intercanvi entre dones que treballen en diferents temes: la integració laboral, la immigració, les presons, l'art, les dones lesbianes, les dones pacifistes, les dones contra la violència, etc. I que arreplega el llegat dels anys setanta i totes les incorporacions que s'han volgut unir o mantenir amb la ciutat de Barcelona.

L'elecció d'aquest espai de relació ha enriquit el debat social sobre el tema de la salut que travessa així mateix altres discursos i maneres d'estar en el món.

A més, el fet d'estar *enxarxades*, ens ha donat una energia i una constatació de no estar soles, de poder buscar informació autoritzada, de compartir desencants i problemes i també alegries. Però a pesar de la falta de temps i de recursos per avançar, mai ens hem plantejat deixar d'estar connectades, i sobretot, que és molt més que una coordinació d'esforços diversos i desiguals, aquesta relació s'ha anat transformant en una font de potenciació, d'informació de la nostra pròpia manera de considerar i gaudir de la salut.

D'on partim quant a discurs?

Hi ha diferències de morbiditat i mortalitat entre homes i dones, però la majoria de les malalties que afecten les dones no han estat estudiades de manera específica com les dels homes. La raó és senzilla però escassament coneguda. La majoria de les investigacions tant de malalties com de les fisiopatologies, han comptat exclusivament amb l'home com a subjecte.

D'altra banda, les diferències de gènere en salut són paradoxals: les dones tenen un estat de salut pitjor que els homes, inclús excloent els trastorns relacionats amb la reproducció, però viuen més que ells. Al llarg de la seva vida, les dones experimenten més malalties no mortals mentre que els homes desenvolupen malalties mortals.

Les dones han cobert tradicionalment totes les tasques de la reproducció, parint, criant i tenint a la seva atenció la canalla, alimentant tota la família i atenent els membres malalts de la família que, a vegades, inclouen llargues malalties degeneratives i demències en les edats avançades.

L'autonomia personal és el gran repte per aconseguir una millor salut en les dones. La història de la dona es troba lligada a una llarga cadena de dependències econòmiques, socials, afectives i biològiques originades per la reproducció. La falta d'espais propis i, moltes vegades, la poca autoestima han fet possible que la dona es deixi manipular massa sovint.

Aconseguir un coneixement cada vegada millor de les seves dependències i dels recursos per sortir endavant és el gran repte que tenen les dones per poder ser protagonistes de la seva salut.

L'atenció sanitària a les dones exigeix una ciència mèdica renovada, amb una nova mirada de gènere que tingui en compte les diferències anatòmiques, biològiques i psicològiques entre dones i homes. Una atenció de bona qualitat en la salut de les dones és aquella que, a més de resoldre el motiu de la consulta, contribueixi a modificar

positivament la baixa autoestima i la subvaloració de les persones que fan la demanda, així com promoure l'apropiació de la seva corporalitat i l'exercici dels seus drets.

MONTSERRAT CERVERA RODON
Historiadora (historia oral de les dones)
Activista feminista de salut i pau
Membre de l'associació ca la dona.

La xarxa de dones per la salut

Qué és?

La Xarxa de Dones per la Salut neix l'any 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.

Al juny de 2002, la Xarxa es constitueix legalment com a Federació, agrupant diverses Entitats de Dones i Entitats mixtes d'arreu de Catalunya interessades per la salut des d'una perspectiva de gènere.

Qui som?

Som entitats formades o participades per:

- Dones feministes motivades per la salut de les dones i del conjunt de la població.
- Dones organitzades en diferents col·lectius: d'usuàries, d'ajuda mútua, de pro-

fessionals, d'activistes per la salut.

- Dones que creiem que hem de ser subjectes actius de la nostra salut.
- Dones que desitgem millor qualitat i equitat en l'atenció sanitària i les polítiques potenciadores de salut.

Quin és l'àmbil d'actuació de la xarxa?

L'àmbit d'actuació de la Xarxa, en quant a la temàtica, inclou qualsevol aspecte de la salut de les dones: aspectes físics, psicològics, socials i emocionals, des d'una mirada feminista i una perspectiva pluridisciplinària de recerca i formació.

L'àmbit, en quant al territori d'actuació, es Catalunya, tant per la procedència dels grups que la componen com pel que fa a les institucions, en les polítiques de les quals vol incidir la Xarxa.

A qui representem?¹

A través dels grups que la componen, la Xarxa està present en diversos àmbits de la salut:

- Salut sexual i reproductiva** (APFCB, SALUT I FAMÍLIA, TITÀNIA, MIGJORN, ALBA - LACTÀNCIA MATERNA, ACPAM, ASSOCIACIÓ CATALANA DE LLEVADORS, DONA LLUM).
- Dones, salut i treball** (CCOO, UGT).
- Ajuda mútua davant el càncer de pit** (AGATA).
- Ajuda mútua davant la SIDA** (CREACIÓ POSITIVA, ACTUA - DONA).
- Ajuda mútua davant de malalties produïdes per productes químics i radiacions** (ADQUIRA).
- Suport per millorar la salut integral de les dones** (CAPS, DONA I SALUT).

¹ Veure explicació dels grups al final del capítol

- Ajuda mútua i suport davant la violència de gènere** (TAMAIA, EL SAFAREIG).
- Informació sobre els efectes per a la salut de les mutilacions sexuals** (AMAM).
- Salut i diversitat cultural** (AMAM, SALUT I FAMÍLIA).
- Salut mental** (Comissió de la Dona del Col·legi Oficial de Psicòlegs).
- Salut i prostitució** (ÀMBIT DONA).
- Alletament matern** (ALBA - Lactància Materna, ACPAM).
- Millora de l'assistència sanitària amb perspectiva de gènere** (CCOO, CAPS)

Objectius de la xarxa

Les diverses entitats que formem part de la Xarxa estem unides en aquesta federació amb l'objectiu principal de portar a les dones a ser protagonistes de la seva salut.

I de manera més específica podrien parlar dels següents objectius:

- Incidir en la millora de la salut de les dones des d'una perspectiva global de gènere.
- Defensar el dret de tota dona a ser tractada amb respecte i reconeixement, a rebre la informació que li permeti una millor comprensió, i alhora li amplii la seva perspectiva i li garanteixi la presa de decisions lliures d'allò que consideri millor per a ella.
- Potenciar la mútua col·laboració i coordinació, a través del treball en xarxa, dels grups que treballen per la salut de les dones.
- Consolidar les associacions de dones i fer reconèixer les seves accions per part de les administracions públiques i la societat en general.
- Esdevenir un punt de referència per a totes les dones, els i les professionals i les institucions.
- Ser presents a cadascun dels llocs on es prenen les decisions que afecten la nostra salut.
- Participar de manera activa potenciant la formació i la informació sobre salut i gènere al sistema sanitari.
- Lluitar per una sanitat pública de qualitat i amb calidesa.

Mecanismes d'actuació de la xarxa

Per tal d'assolir els seus objectius, la Xarxa de Dones per la Salut adopta els següents mecanismes d'actuació específics:

- Coordinar l'acció conjunta de les associacions que formen part de la Xarxa, sense intervenir en el seu funcionament intern.
- Fomentar i defensar la vida associativa i la participació ciutadana a tots els nivells.
- Promoure i organitzar activitats, programes d'actuació, centres de recursos i altres iniciatives encaminades a donar suport a les associacions i a millorar el suport a les dones. Promoure la recerca, la investigació i l'edició de publicacions específiques en aquest àmbit.
- Donar suport a qualsevol altra activitat relacionada directament o indirecta amb la salut de les dones.
- Representar les entitats que formen part de la Xarxa davant dels organismes públics o privats i dur a terme les gestions necessàries per tal d'aconseguir els objectius marcats en els objectius anteriorment esmentats.

A qui s'adreça la xarxa?

La Xarxa de Dones per la Salut vol beneficiar i s'adreça a:

- Totes les dones de Barcelona i Catalunya interessades per la seva salut.
- Les que integren grups de dones específics sobre salut.
- Les professionals i investigadores en temes de salut.
- Les dones com a usuàries dels serveis de salut públics i privats.
- Totes les persones implicades en polítiques de salut que considerin imprescindible una mirada de gènere en aquestes polítiques.

El dia a dia

El funcionament quotidià de la xarxa es el següent:

Com prescriuen els estatuts, compta amb una junta que s'escull cada quatre anys i es reuneix un dimecres de cada mes per pensar, fer propostes, enllestir documents, fer acords, prendre decisions, etc.

Independentment d'això, qualsevol dona de qualsevol grup membre pot acudir a les reunions i formar part del grup permanent de treball.

Compta, a més a més, amb un secretaria permanent virtual a l'adreça electrònica: accio@xarxadedonesperlasalut.org

web: www.xarxadedonesperlasalut.org

La nostra seu és a:

Ca la Dona.

C/ Casp, 38

08010 Barcelona

Diada internacional d'acció per la salut de les dones

28 de maig

A una reunió de la «Red Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos» (RMMDR), realitzada al 1987 a Costa Rica, després del «V Encuentro Internacional Mujer y Salud», la «Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe» (RSMLAC), va proposar la creació d'un dia d'acció mundial per la salut de les dones. Allí es va establir el 28 de maig com a data de mobilització i demandes.

La nostra Xarxa va començar a conformar-se al voltant d'aquesta celebració, ja ho hem relatat, i també hem explicat que no en conservem gaires materials. Las jornades constaven normalment d'una taula rodona sobre un tema amb diverses participacions i d'un bon debat, però només hem arreplegat un grapat de «targetons» de convocatòria perquè no varem tenir prou visió de futur com per demanar a les ponents que posessin per escrit les seves comunicacions. Així que, aquí estan els documents testimonials. Per saber el que es va dir allà, les lectores i lectors, hauran de recórrer a la seva imaginació.

El 28 de maig any per any

...1997

Lema de la crida: *L'accés a l'atenció sanitària de qualitat és un dret de les dones.*

Col·loqui:

- Situació de la sanitat ara. Barreres polítiques i econòmiques. *Lluïsa Montes*
- Experiència de les dones com a usuàries del sistema sanitari. *Victòria Sau*
- Biaixos de gènere a la recerca i l'assistència sanitària. *Carme Valls-Llobet*
- Dificultats a l'atenció en salut reproductiva i sexual. *Maria Rosa Pous*

...1998

Lema de la crida: *Dona, salut i violència: dret de les dones a una salut sense violència.*

Col·loqui a càrrec de:

- Pilar Zubiaga i Ma José Vázquez* d'ACTUA - DONA
- Consol Pàez* de Àgata
- Beatriu Masià* de Tamaia
- Carme Valls-Llobet* de CAPS

...1999

Amb motiu del 28 de maig d'enguany varem elaborar el primer fulletó explicatiu de la Xarxa sota el lema: *Defensem una sanitat pública de qualitat i amb calidesa.*

I vam emetre el següent manifest:

MANIFEST

«ELS DRETS DE LA SALUT I ELS DRETS DE LES DONES SÓN DRETS HUMANS. PER UNA ATENCIÓ DE QUALITAT I AMB CALIDESA»

A l'Estat espanyol, malgrat els avenços de la democràcia, la despesa social per habitant és de les més baixes d'Europa, la qual cosa fa que la majoria de les tasques quedin en mans de la família i, en concret, en mans de les dones. Aquesta feina és doncs, moltes vegades invisible i gens valorada a nivell social.

Així mateix, s'observa una tendència a la privatització dels serveis amb el risc que condueixi a la disminució de la cobertura, a la implementació de criteris de rendibilitat en detriment de la qualitat dels serveis.

L'estat de salut de les dones i dels homes està clarament influït per les desigualtats de gènere. La desigualtat de la divisió sexual del treball, les diferències biològiques, l'impacte que tenen en la salut les condicions econòmiques, les condicions de treball productiu i reproductiu i l'ús del temps, són elements que s'han de considerar en l'estudi de la salut en relació al gènere.

Amb aquest manifest que hem dividit en tres apartats, volem publicar les mancances que patim les dones en el camp de la salut i volem denunciar la invisibilitat, en tant que dones, per al sistema sanitari.

Els serveis de salut han de donar una atenció integral

Rebre una informació específica per a dones i entenedora, mitjançant la creació de programes d'educació per a la salut, que ens permeti prendre decisions sobre l'atenció sanitària a escollir.

La no discriminació per ser dones, per raó d'edat o per raó cultural, opció sexual, religiosa, estatus legal i situació econòmica.

Que la manca d'infraestructures no dificulti o impedeixi el nostre accés a l'atenció sanitària per:

- Malaltia de llarga durada o crònica.
- Trastorns alimentaris.
- Drogodependències.
- VIH/SIDA o altres malalties de transmissió sexual.
- Disminucions psíquiques o físiques
- Per malalties del treball.
- Per raó d'edat.
- Per agressions.
- Per precisar atenció continuada.

Coordinació dels serveis, dins de la mateixa administració, i entre les administracions. També entre els diferents serveis dels hospitals i la creació de protocols de derivacions que evitin situacions que puguin agreujar o posar en perill la salut de les dones.

Coordinació de l'atenció primària amb la xarxa de serveis socials.

Que els/les professionals de la salut donin una atenció integral.

Contemplar l'activitat professional a l'hora d'identificar les causes, diagnòstics i tractaments dels problemes de salut.

Els serveis de salut han de donar resposta a tots els problemes de salut

Integrar la salut mental en els centres d'atenció primària que impliqui la disponibilitat d'atenció tant individual com grupal, i també a la família o a la parella.

Incorporació dels serveis de planificació familiar a la xarxa normalitzada, sense que això representi rebaixar els plantejaments amb què van estar constituïts.

Adaptar els mètodes de planificació familiar a la realitat del VIH/SIDA i altres malalties de transmissió sexual.

Formació específica sobre VIH per a ginecòlegs/es.

Formació específica que permeti detectar, diagnosticar i tractar les afeccions relacionades amb el VIH.

Programes d'atenció específica per a les treballadores del sexe, moltes de les quals són joves i consumidores de drogues.

Que es contempli el dret de les dones a decidir sobre l'avortament i sigui assumit per la sanitat pública. Dret a escollir el mètode. Despenalització total.

Introducció de pautes i protocols per a l'atenció específica i de qualitat per a les dones més grans de 50 anys.

Prevenició del càncer ginecològic i de mama.

Atenció psicològica i de tot tipus prioritària a les dones refugiades de Kosovo i de totes les guerres.

Integrar la salut laboral en els serveis públics de salut.

Accés a l'Educació, Informació i Serveis de Salut Sexual i Reproductiva per a les adolescents, que forma part aquest any de la crida mundial del dia 28.

Els serveis de salut han de ser de qualitat i atendre amb calidesa

Reducció del temps d'espera de les consultes.

Més temps dedicat a la visita.

Disponibilitat i rapidesa de les proves diagnòstiques.

Que els serveis siguin integrals i amb sensibilitat de gènere, que resolguin els problemes de salut a nivell biològic, que millorin la nostra autoestima, dignitat i autonomia.

Que es consideri el tracte càlid i respectuós com un aspecte important del servei.

La desaparició dels biaixos de gènere en el diagnòstic i tractament de les dones respecte als homes.

Recopilació i investigació de dades específiques de gènere per planificar, controlar i avaluar els programes que afecten la nostra salut.

Promoure la formació i la recerca en temes de gènere i salut a tots els nivells del personal sanitari.

Seguiment epidemiològic de les malalties físiques i psíquiques de la població femenina, dels nous hàbits de vida, de les patologies del treball i de les repercussions que hi poden tenir (anorèxia, bulímia, càncers, VIH, malalties de transmissió sexual i malalties derivades del treball).

Més recursos i reforçament de la xarxa social

Creació de suficients cases d'acollida, diferenciant centres que puguin acollir en cas d'urgència i centres de tractament i rehabilitació, i que aquests centres estiguin exempts de barreres arquitectòniques.

Creació de recursos d'assessorament jurídic i psicològic, amb bosses d'ajuda perquè les dones puguin escollir advocat i terapeuta de la seva confiança.

Campanyes de sensibilització contra la violència en general i contra aquella que patim les dones tant a nivell social com a nivell domèstic.

Promoure més recursos per a les dones grans i potenciar serveis específics. Mesures per a què les dones immigrants puguin lluitar pels seus drets sense l'amenaça d'expulsió. Reconèixer la situació d'indefensió de les dones en la negociació sexual i arbitrar mesures en contra d'aquesta situació.

COM A USUÀRIES DE LA SANITAT PÚBLICA VOLEM PARTICIPAR EN L'ORGANITZACIÓ, DISSENY, SEGUIMENT I AVALUACIÓ DELS SERVÉIS

XARXA DE DONES PER A LA SALUT: ACHIA DONA, APPFC (Associació de professionals de planificació familiar de Catalunya), Dona i Salut - Com pel dret a l'avortament, Departament de la Dona de FSP-UGT, Grup Àgata, Programa Dona Salut i Qualitat de Vida del CAPS, Salut i Família, Secretaria de la Dona de la FS-CCOO, Tamaia.

Abril de 1999

...2000

Lema de la crida: *L'atenció a la salut de les dones a Catalunya.*

Col·loqui:

- La situació de la salut mental a la xarxa pública. *Regina Bayo-Borrás CAPS*
- Salut afectivo-sexual i reproductiva: els centres de *planning* avui. *Associació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears.*
- Seguiment i control de la política sanitària vers les dones. *Xus Penyaranda Dona-Salut*

...2001

Lema de la crida: *Ens alimentem o ens enverinem? Per una nova cultura dels aliments.*

Col·loqui:

- El cas de les vaques boges. *Fred Romano*
- Els aliments, la salut i el seu control. *Carme Valls-Llobet*
- Alternatives de consum saludables. *Merixell Bargulat*

...2002

Lema de la crida: *Dret a la salut: un dret de ciutadania per a les dones.*

Col·loqui a càrrec de:

- Mama Samatech* de AMAM (Associació de dones antimutilació genital)
- Mercè Meroño* d'Àmbit Dona (Programa de prevenció i atenció per les treballadores del sexe)
- Elisa Grau* de la APFCB (Associació Planificació Familiar Catalunya i Balears)

I varem redactar el següent manifest:

MANIFEST

MANIFEST PEL DRET A LA SALUT: UN DRET DE CIUTADANIA PER LES DONES

Una de les tasques prioritàries del moviment de dones per a la salut és impulsar l'acció sobre els dret a la salut com un dret humà, un dret sense el qual no poden ésser ciutadanes complertes, i que no pot anar deslligat de tots els altres. Tanmateix no obtindrem la salut si ens manquen altres drets.

Els grups: (ACPAM, ACTUA DONA, ADQUIRA, AMAM, ÀMBIT DONA, AS. PLANIFICACIÓ FAMILIAR DE CATALUNYA I BALEARS, CREACIÓ POSITIVA, COM. DONA DE L'AJUNTAMENT DE SANT BOI, DEP. DE LA DONA DE FSP D'UGT, DONA I SALUT - COM. PEL DRET A L'AVORTAMENT, GRUP AGATA, GRUP ALBA, GRUP D'AJUDA MUTUA DE CA DE PIT A LLEIDA, PROGRA-

MA DONA SALUT I QUALITAT DE VIDA DEL CAPS, SALUT I FAMÍLIA, SEC DE LA DONA DE LA FSC DE CCOO, TAMAIA, TITÀNIA...)

Com a associacions integrades a **La xarxa de dones per la salut**, treballarem i reivindicarem per:

- Una bona informació sobre el nostre cos**, ja des de l'escola i a tots els àmbits, amb l'objectiu de millorar la prevenció.
- Millora de la recerca sobre la salut** integrant la perspectiva de gènere.
- Millora de la qualitat i calidesa del sistema sanitari públic**, donant una atenció integral amb perspectiva de gènere creant i pactant protocols amb associacions de professionals i usuàries.
- Millora de l'accés als serveis de salut** per a tothom, eliminant les traves burocràtiques, ampliant –per reduir el temps d'espera– i agilitzant l'atenció, proves diagnòstiques i intervencions, i ampliant els horaris d'atenció de les especialitats.
- Eliminar qualsevol tipus de discriminació** que directa o indirectament ataquí els drets humans. Cal atendre qualsevol tipus de demanda, donant resposta a tots els problemes de salut, ja sigui salut reproductiva, salut mental, salut bucodental, atenció específica a la violència de gènere, atenció a totes les persones i etapes, als mitjans de rehabilitació, etc.
- Integració de les medicines alternatives i/o complementàries** en el sistema públic d'atenció, amb la prèvia regulació de la formació.
- Impulsar un sistema públic de fabricació** de fàrmacs genèrics, ajustant les dosis als tractaments.
- Recursos per pal·liar els dèficits de classe social de les dones en el tractament i rehabilitació de malalties.
- Destinar recursos públics suficients per a les persones que durant perí-

odes de la seva vida necessiten cures especials, i que ara segueixen sent responsabilitats de les dones.

- Millorar la vigilància** i control de la qualitat mediambiental, fonamentalment l'alimentària.
- Establir un control sobre els mitjans de comunicació** que impulsen models de dona i intervencions sobre el nostre cos que són contraris a la salut.

Com a associacions integrades a **La xarxa de dones per la salut**, també treballarem i reivindicarem per millores més concretes com les exposades a continuació.

- L'atenció als problemes afectius i sexuals per part d'un personal format i especialitzat. **Millora de l'atenció als joves** doncs són els més vulnerables a les pràctiques de risc. Integració de l'educació afectiva i sexual des de l'escola, i millorar els recursos cap a la gent jove.
- Cal promulgar una llei d'avortament que garanteixi el dret de les dones a decidir i garantir l'exercici del dret en la sanitat pública.
- Control de les **condicions de treball** com un factor que pot **possibilitar problemes en la reproducció i l'embaràs**.
- Promoure **canvis en els serveis sanitaris d'atenció primària**, en què es doni prioritat a una contracepció que contribueixi a reconèixer la vulnerabilitat de les dones respecte a les **malalties de transmissió sexual en especial la sida** i es millori el respecte a les demandes, cal millorar la formació dels professionals i dotar-los de recursos suficients.
- Millora en l'**atenció al part i en la lactància**, respectant els acords internacionals signats a Fortaleza e Innocenci, de respecte i humanització de l'atenció al part i d'impuls de la lactància. Entre aquests acords estarien, també, la possibilitat d'escollir el part a casa, poder participar en la decisió davant de diferents possibilitats d'atenció, de tenir persones

acompanyants en el part hospitalari, que no es realitzin tècniques que no són necessàries com rasurats i edemes, tenir una bona informació i ajuda en el cas de decidir lactar...

—Protocols de prevenció, detecció precoç i atenció a la violència contra les dones, formant a professionals sanitaris en la detecció i atenció de gènere i especialment en la violència familiar fent palesa l'especial situació de vulnerabilitat i risc de pèrdua de salut física i psíquica. Cal recursos per la formació i la bona coordinació dels professionals.

—Potenciació de la prevenció i atenció de la salut en el treball –tant remunerat com no remunerat– involucrant a les administracions en el l'aplicació i control de la llei de prevenció de riscos laborals, especialment en la aplicació dels col·lectius que estan en una posició més feble en el mercat de treball, especialment les dones, reforçant la prevenció dels riscos més prevalents en les dones, sigui per la seva especial sensibilitat, sigui pel lloc que ocupen en el mercat de treball. Reconeixement per part dels serveis sanitaris públics de les malalties que afecten a les dones, derivades de la dedicació al treball reproductiu.

—Atenció en la salut mental: integrar la salut mental en els centres d'atenció primària, incrementant els recursos, que impliqui la disponibilitat d'atenció tant individual com grupal.

—Considerar les especificitats de gènere tant en la prevenció com en les teràpies. Per això, caldria formar els professionals

—Recursos en l'atenció específica a l'emigració. Impulsant des de tots els àmbits de l'atenció els agents de salut, considerant i donant suport a les seves propostes.

—Prevenció i atenció al càncer –pit i altres– donant més recursos a la recerca i detecció precoç i mitjançant materials i humans per l'ajuda a la rehabilitació després dels tractaments.

—Atenció específica a grups amb necessitats especials com les drogadiccions, minories ètniques, precarietat econòmica, prostitució, etc.

—Atenció i suport a les persones cuidadores.

...2003

I Jornades de la Xarxa: Dona, salut, participació i compromís. (La informació sobre aquestes jornades la trobaràs a la III part del llibre, p. ?)

I varem redactar el següent manifest:

MANIFEST

DONES, SALUT, PARTICIPACIÓ I COMPROMÍS

En el marc de la commemoració del dia 28 de maig de l'any 2003, Dia Internacional d'Acció per la salut de les dones, l'Àrea de Salut Pública i Consum de la Diputació de Barcelona, l'Àrea de Benestar Social de la Diputació de Barcelona, l'Oficina Tècnica del Pla d'Igualtat de la Diputació de Barcelona, el Centre d'Informació i Recursos per a Dones de l'Ajuntament de Barcelona, La xarxa de dones per la salut, les polítiques i tècniques responsables de programes municipals de salut, benestar social i de dona dels municipis, i els 44 ajuntaments que van signar el manifest de l'any 2002 declarem que:

- Promoure la salut és planificar i desenvolupar actuacions des de les administracions públiques i des de les entitats cíviques, encaminades a

afavorir les oportunitats per millorar el benestar social del conjunt de la ciutadania.

- Tradicionalment, la salut de les dones només ha estat considerada a l'entorn de la procreació: Ara s'ha encetat un procés per contemplar la salut integral de les dones i fomentar investigacions rigoroses sobre el malestar i el benestar des de la perspectiva de gènere.
- Ens cal comprendre millor els problemes específics que afecten a la salut de les dones des d'una mirada de gènere i de d'una perspectiva de salut integral: biològica, psicològica i social.
- Cal incorporar la perspectiva de gènere en els programes d'atenció primària, en la prevenció i promoció de la salut i benestar. Creiem que és un compromís que ha d'assumir l'administració pública, desplegant, d'acord amb els municipis, programes de formació i actuació que permetin entendre les diferències i pal·liar les desigualtats.
- Des de les administracions públiques cal reforçar i donar suport a col·lectius de dones o a les Xarxes de Dones per la Salut, molt especialment en aquelles zones o municipis on hi ha més mancances de serveis específics.
- Volem expressar una preocupació sobre el retrocés dels drets de salut en especial aquells que comporta la privatització de la sanitat.

Per tot això, manifestem que:

- La necessitat de donar resposta als problemes de salut integral de les dones a cada territori des d'una mirada de gènere. Dins d'un marc general de planificació socio sanitària que contempli tots els àmbits i impliqui tots els agents que intervenen.
- La necessitat d'establir una coordinació efectiva de serveis per a dones,

com a eina indispensable per aconseguir una visió global de la realitat de cada municipi i, sobretot, per donar coherència i complementarietat a les polítiques públiques per a les dones, i també als programes de salut, al benestar i contra la violència de gènere.

- La necessitat de fomentar la participació de les dones en totes les etapes de desenvolupament de les polítiques públiques i programes municipals del benestar i la salut i en la planificació, l'organització, el seguiment i l'avaluació. Mitjançant canals de participació definits, compromesos i efectius.

I reclamem al Govern de l'Estat que actuï per donar compliment ràpid i concret als acords subscrits a El Caire i Beijing. I també al Govern de l'Estat i al de Catalunya per tal de promoure pressupostos participatius i suficients per donar compliment al desenvolupament d'aquests acords en programes específics, amb recursos suficients.

Barcelona, 28 de maig de 2003

...2004

Lema de la crida: *La salut és plaer. Dones en xarxa promovent la salut.*

Aquest any vam elaborar el segon díptic explicatiu de la xarxa amb el títol:

LA SALUT ÉS PLAER I LA MALALTIA ÉS DESCOBRIMENT

La promoció de la salut des d'una perspectiva feminista comporta la capacitat de decidir sobre el nostre benestar, la nostra salut i el nostre cos i, també, la capacitat de viure la pròpia malaltia com un reflex dels conflictes interns i de les agressions externes que patim.

Parteix d'un concepte de salut concebut no com a absència de malaltia sinó com a autonomia personal, solidària i joiosa. I d'un concepte de malaltia, no com quelcom negatiu i aliè a la persona, sinó com una oportunitat d'aprofundir en el coneixement personal i els propis recursos, i en la relació amb les altres persones que la pateixen.

Dret a decidir i a gaudir del propi cos

És poder decidir el grau d'implicació biològic, psicològic i social que tenim sobre el nostre entorn, la nostra vida i el nostre cos.

Per aconseguir-ho hem d'actuar i això significa promoure i incorporar activitats d'informació, formació, amb pedagogia feminista i, a la vegada, ens hem d'implicar en xarxes basades en els suports naturals de l'entorn de les dones (grups de dones, d'ajuda mútua, de veïnes...).

Dret de totes a participar

Per promoure la salut cal la participació de les dones, professionals, activistes per la salut i ciutadanes que volem el nostre benestar i li donem valor, escoltant i incorporant les veus de totes les dones, especialment dels col-

lectius més vulnerables: dones immigrades, dones joves, dones prostitutes, dones pobres, dones lesbianes, dones gitanes, dones seropositives, dones no estàndard, dones afectades de malaltia...

En això consisteix també l'apoderament de les dones: participar, des de la seva experiència, com a receptors del sistema sanitari i coneixedores del seu propi benestar, en el disseny de les recerques, en les propostes i en les formes d'organització sanitària.

Accés als recursos necessaris amb igualtat i equitat

Promoure la salut vol dir també proporcionar recursos als professionals i a la ciutadania per poder exercir els nostres drets amb totes les garanties. Recursos per aconseguir una societat més saludable, més igual i més equitativa.

Es això el que volem des de la Xarxa de Dones per la Salut, quan parlem de promoure la salut de les dones:

UNA SALUT PER GAUDIR I CONSTRUIR UN MÓN SALUDABLE!

I varem realitzar un taller de promoció de salut a càrrec de:

—*Emma Rosero* del The Boston Women's Health Book Collective «Nuestros cuerpos nuestras vidas»

—*Gia Bernini* experta en promoció de la salut «Creant zones lliures d'abús domèstic»

...2005

Lema de la crida: *Com volem i per a què serveixen les revisions ginecològiques.*

Col·loqui:

- Conxa Valero Grup de Dones de Can Cuiàs de Montcada
- Ma Rosa Pous Associació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears
- Cristina Martínez Bueno Associació Catalana de Llevadores
- Carme Valls Llobet Dona Salut i Qualitat de Vida del CAPS

D'aquesta taula rodona varem emetre el següent document:

CONCLUSIONS I PROPOSTES

«DEBAT DE LA XARXA SOBRE REVISIONS GINECOLÒGIQUES»

La xarxa de dones per la salut, després de la trobada, amb motiu del Dia Internacional d'Acció per la Salut de les Dones, i havent revisat el tema de la prevenció en salut reproductiva i les necessitats al voltant de les revisions ginecològiques **proposa a la Conselleria de Salut:**

1. Donar una informació clara a totes les usuàries de Sanitat de quines són les recomanacions en matèria de revisions ginecològiques que oferta el sistema sanitari públic, i quina és la cartera de serveis i recursos.
 - Quan i a quina edat s'han de fer mamografies?
 - Quan i a quina edat s'han de fer citologies?
 - Quins són els signes d'alarma per consultar un/a especialista?

—Que tota la informació no culpabilitzi les dones sinó que contempli els límits i eficàcia de la prevenció a la primària, i ajudi a les dones a prendre decisions.

2. Donar una informació clara als professionals d'atenció primària i als especialistes en ginecologia dels factors de risc i les estratègies que cal seguir en dones de risc:

Identificar factors de risc amb perspectiva de gènere	}	Salut pregestacional Trastorns menstruació Càncer de mama Càncer de cèrvix Càncer d'ovari Càncer d'endometri
--	---	---

3. Impulsar trobades de consens entre especialistes d'atenció primària, ginecologia, planificació familiar, infermeria, llevadores, etc. per unificar els criteris de societats científiques respecte als protocols de derivacions i a les estratègies de prevenció

4. Demanar a la Conselleria que doni informacions clares enlloc d'informacions errònies que es difonen als mitjans de comunicació

5. Impulsar la recerca en la identificació de factors de risc i en la prevenció del consens ginecològic. Sense deixar de relacionar-ho amb el medi ambient.

6. La Conselleria ha de consultar associacions i expertes.

...2006

Participació a la Gran Trobada de Dones de Catalunya. (La informació sobre aquesta participació la trobaràs a la III part del llibre, p. ?)

...2007

Lema de la crida: *Les Dones la Salut i el Mediambient.* (Veure díptic a p. X)

Col·loqui:

- Exposició de dones i nens a contaminants químics. *Dolores Romano (ISTAS, Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud)*
- Efectes sobre la salut a curt i mitjà termini de la utilització de substàncies químiques al mediambient. *Carme Valls Llobet. CAPS*

EXPOSICIÓ DE DONES I NENS A CONTAMINANTS QUÍMICS

Envoltats de substàncies perilloses per la salut

La gran expansió de la indústria química des de la segona meitat del segle XX ha suposat la introducció de milers de substàncies químiques sintètiques en els centres de treball, en les llars, en els aliments, en els productes de consum i en el medi ambient.

En el mercat europeu hi ha 104.000 substàncies químiques diferents, que mesclades i combinades donen lloc als milions de productes químics i d'articles de consum que ens rodegen.

La informació existent sobre com poden afectar la salut o al medi ambient aquestes substàncies és molt limitada. S'han realitzat avaluacions de risc completes a no més un centenar de substàncies i hi ha informació incompleta d'unes 25.000¹. De la resta no se'n sap pràcticament res. També desconeixem els efectes que poden ocasionar les barreges de substàncies.

No obstant això, sí es coneixen efectes molt preocupants d'alguns grups de substàncies, com les cancerígenes, les mutàgenes, les tòxiques per a la reproducció, els disruptors endocrins, els sensibilizants, els neurotòxics, persistents i/o bioacumulatives².

A més, els estudis sobre els danys que està causant l'exposició a aquest còctel químic són alarmants: Entre 2.000 i 8.000 treballadors moren cada any degut a l'exposició a agents cancerígens en els llocs de treball³, 5.130 treballadors contractuen asma, 8.550 EPOC i 6.840 pateixen dermatitis degut a l'exposició laboral a substàncies perilloses⁴. Hi ha un descens de la salut reproductiva en els països industrialitzats. Entre el 15-20% de parelles tenen problemes de fertilitat, s'ha incrementat la incidència de càncer d'ovaris, vagina i testicles, la incidència d'endometriosis i hi ha una reducció de la quantitat i qualitat de l'esperma⁵.

¹ Allanou, R et al. *Public Availability of data on EU High production Volume Chemicals*. European Chemicals Bureau, 1999. EUR18996EN

² La Comissió europea xifra en 1.500 el número de substàncies d'elevada perillositat, malgrat això, si consultem els llistats publicats per ISTAS en la seva base de dades RISCTOX, veiem que la xifra es triplica. La base de dades RISCTOX és d'accés lliure i gratuïta a través de la pàgina web de ISTAS <http://www.istas.ccoo.es>

³ Kogevinas M, Rodríguez MM, Tardón A, Serra C. *Cáncer Laboral en España*. ISTAS, 2005.

⁴ ISTAS, 2005 EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE REACH SOBRE LA SALUD LABORAL EN PYMES ESPAÑOLAS. *Una aproximación a la relación entre el riesgo químico y enfermedades laborales respiratorias y de la piel y el impacto social y económico de REACH en su prevención*.

⁵ Allsopp et al. *FRAGILE. Our reproductive health and chemical exposure: a review of the evidence for links between declines in human reproductive health and our exposure to hazardous chemicals*. Greenpeace, 2006.

L'asma afecta el 10% de la població infantil espanyola. El càncer infantil (associat a factors ambientals en un 98% dels casos) augmenta un 1% cada any⁶. Els problemes de neurodesenvolupament (relacionats amb exposició a tòxics) infantils estan aconseguint xifres epidèmiques en països industrialitzats: 5-10% dels nens escolaritzats tenen problemes d'aprenentatge, el 17% té problemes d'atenció amb hiperactivitat, un 1% de la canalla pateix retard mental⁷.

Les criatures i les dones són especialment vulnerables a l'exposició a substàncies químiques perilloses

La maduresa anatòmica i funcional no s'aconsegueix fins al final de l'adolescència, per la qual cosa els nens no tenen desenvolupats els sistemes que metabolitzen i desintoxiquen les substàncies tòxiques. Per tant són les fases fetal i la primera infància les més crítiques. A causa del seu ràpid creixement i desenvolupament, els nens mengen més aliments, beuen més líquids i respiren més aire per quilo de pes corporal que els adults, per la qual cosa ingereixen, inhalen i absorbeixen més contaminants per quilo de pes corporal que els adults. Quan es toca i llepa tot tipus d'objectes, es repta i gateja s'està més exposat a tòxics presents en objectes de consum, contaminants del sòl i de la pols, etc. A més, com els nens tenen una major expectativa de vida, també tenen més possibilitats de patir patologies i malalties per exposició crònica a baixes dosis de tòxics.

Les dones som més vulnerables als tòxics també per diverses raons. Així, hi ha diferències entre homes i dones en relació a l'exposició a substàncies tòxiques. Les diferències biològiques són importants en relació a com

⁶ Unidades de Salud Medioambiental Pediátrica Murcia-Valencia. <http://www.pehsu.org>

⁷ Houlihan et al. *Body Burden. The pollution in NewBorns*. Environmental Working Group, 2005

poden penetrar les substàncies en els nostres organismes i com s'emmagatzemen o metabolitzen. El nostre cos té major àrea superficial, estant més exposades que els homes a la penetració de tòxics per la pell. Les dones tenim en general major contingut gras que els homes, per la qual cosa les substàncies liposolubles s'acumulen amb major facilitat en els nostres cossos. Tenim un número limitat de cèl·lules germinals, per la qual cosa l'exposició a substàncies que les danyen poden provocar efectes irreversibles en la nostra capacitat reproductora. Els nostres processos hormonals són diferents dels homes, per la qual cosa l'exposició a un mateix alterador endocrí pot provocar efectes diferents. A més tenim distinta sensibilitat als tòxics i diferents formes de desintoxicar les substàncies.

D'altra banda, patim patologies diferents, com a endometriosis, pubertat precoç, càncer en teixits sensibles a les hormones (mama/ovaris), alteracions del cicle menstrual i de la fertilitat, efectes en descendència, etc⁸.

No obstant això, aquestes diferències no es contemplen adequadament en els estudis toxicològics ni en els protocols d'atenció mèdica, realitzats majoritàriament en i per a homes, pressuposant una falsa homogeneïtat que dóna lloc a nivells de protecció insuficients per a les dones.

A més, la maternitat implica la possibilitat de transferir efectes de l'exposició a substàncies químiques a generacions futures (ocasionat per substàncies mutagèniques o a les que alteren el sistema hormonal), l'exposició del fetus a través de la placenta i l'exposició dels bebès a través de la llet materna.

Finalment, la doble exposició (laboral i en la llar), les diferències de gènere en l'atenció sanitària i les diferències d'hàbits (tabaquisme) o de percepció dels riscos fan que les dones siguem més vulnerables davant de l'exposició a tòxics que els homes.

⁸ Ofelia García Hevia. Conferencia *Perspectiva de género y alteradores endocrinos*. Toledo, 7 de març de 2006.

Els tòxics arriben als nostres organismes a través de l'exposició en els llocs de treball, la presència de productes i objectes amb components tòxics en les llars, a través dels aliments, de l'aigua i fins i tot de l'aire que respirem.

Treballadors de tots els sectors, incloent serveis, banca o administració, estan en contacte amb contaminants químics, ja sigui per manipular-los directament, per emissions de processos productius, d'articles o màquines, per contaminació de l'ambient de treball, etc.⁹

Els nivells d'exposició en els llocs de treball poden ser molt elevats, en particular en alguns sectors, com a química, metall, construcció, neteja, per ruqueries, etc. de fet, els danys ocasionats per moltes substàncies s'han estudiat a partir de problemes ocasionats a treballadors.

Què podem fer?

El primer pas per protegir-nos dels danys sobre la salut i el medi ambient que poden ocasionar les substàncies presents en els nostres llocs de treball és conèixer-les. És imprescindible saber què utilitzem per poder prevenir els seus riscos. Les substàncies químiques es poden trobar en forma de productes, fums, vapors, residus o líquids residuals, i també com a components o contaminants dels béns fabricats.

És obligació legal de l'empresari informar els treballadors sobre les substàncies perilloses presents en els llocs de treball, sobre els efectes sobre la salut a curt i a llarg termini que pot provocar l'exposició i sobre els mitjans i equips de control i protecció que s'han d'adoptar.

La normativa espanyola protegeix les dones embarassades o lactants (entès el període de lactància com a lactància natural), enfront del risc de les substàncies químiques perilloses, obligant els empresaris a prendre les me-

⁹ INSHT, IV Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo

asures necessàries per a evitar la seva exposició.

Aquestes mesures inclouen realitzar una avaluació de riscos, eliminar les substàncies perilloses, modificació del lloc de treball o canvi a un altre lloc.

La protecció de la concepció no obstant això no està arreglada tan clarament per la normativa, sent necessària una modificació que protegeixi tota l'edat reproductiva.

L'eliminació de les substàncies o productes perillosos, per mitjà d'un canvi de procés o la seva substitució per altres de menor perillositat no sols és la millor mesura per prevenir riscos sobre la salut i el medi ambient, a més, és l'obligació legal de l'empresari¹⁰, qui haurà de buscar alternatives que eliminen el risc.

Els treballadors han de dirigir-se als seus representants perquè negociïn l'eliminació de les substàncies amb la direcció de l'empresa, ja sigui en el Comitè de Seguretat i Salut, a través de la negociació del conveni col·lectiu, o adoptant aquelles mesures de negociació/ pressió amb la direcció que consideren oportunes.

És important que coneguem els nostres drets i que els exercim. Els delegats de prevenció són una primera font d'informació i els gabinets de salut laboral dels sindicats ofereixen assessorament als seus afiliats.

DOLORES ROMANO

ISTAS (Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud)

¹⁰ RD 374/2001, art. 5.2

EFFECTES SOBRE LA SALUT A CURT I MITJÀ TERMINI DE LA UTILITZACIÓ DE SUBSTÀNCIES QUIÍMIQUES AL MEDI AMBIENT

Les dos primeres guerres mundials van ser ja un macabre experiment a gran escala de la mortalitat i morbiditat que poden provocar determinades substàncies químiques i gasos utilitzats com a armes de guerra. En la Primera Guerra Mundial es va utilitzar ja el gas sarin o gas mostassa, un potent compost organofosforat que paralitzava el sistema nerviós central i provocava la mort en poc temps. Durant la Segona Guerra mundial les armes químiques van ser més sofisticades encara que no es van utilitzar a penes durant el conflicte per por de les represàlies i es van aprofitar després en les guerres dels anys 60, 70 i 80 (Vietnam, Iemen, Irak, Iran).

Els soldats que van participar en la guerra del Golf al 1991, objecte de «còctels de vacunes» experimentals contra agents biològics naturals i manipulats (antiàntrax, antipesta, antibotulisme) administrades simultàniament. La combinació en l'organisme d'aquests fàrmacs amb els gasos derivats de la combustió dels pous de petroli, i les dioxines i xenotrògens dels gasos emesos per les armes químiques, els van produir i els continuen produint efectes estan sent estudiats a pesar dels intents oficials per silenciar la situació. Es calcula actualment que la mortalitat dels veterans d'aquesta guerra ascendeix a una defunció per setmana i la resta estan malalts (malalties autoimmunes, depressió, ansietat, malformacions congènites de la seva prole).

Com veiem, a pesar de l'acord firmat després de la segona guerra mundial, per tots els països amb capacitat per desenvolupar aquestes armes, de no utilització, aquestes es continuen utilitzant.

Conseqüències a llarg termini de l'exposició a organoclorats i organofosfats

En l'àmplia gamma de substàncies químiques utilitzades per a la fabricació d'armes químiques amb alt potencial de morbiditat i mortalitat, es troben els neurotòxics i, dins d'ells, destaquen els plaguicides organoclorats i organofosforats.

L'estudi dels agricultors i de les seves famílies, que durant anys han sigut les persones més exposades als accidents o a la utilització sense precaucions d'aquests productes, ha permès conèixer més a fons les conseqüències a llarg termini de la seva utilització que la d'altres productes empleats en la fabricació d'armes.

En conjunt, s'ha demostrat un increment de càncer en nens i adults, un augment de l'esterilitat, increment d'avortaments, de prematuritat i baix pes en néixer, de malformacions congènites, increment de malalties autoimmunes, de neuropatia central i perifèrica i de malaltia de Parkinson, i de la denominada síndrome de disrupció endocrina.

Ja els primers estudis epidemiològics entre agricultors analitzant la mortalitat entre 1970 i 1979 (Alavanja 1989), van assenyalar un increment de mortalitat per limfoma no hodgkiniano, de càncer de ronyó, càncer de còlon i càncer de pròstata.

El primer estudi que assenyala les diferències de mortalitat entre dones i homes realitzat per Blair el 1993, adverteix d'un increment de càncer de pàncrees, de pròstata i de mama entre els homes i d'estómac, ronyó i melanoma entre dones.

Un estudi epidemiològic publicat el 1997 (Kogevinas) demostra un increment del càncer d'arbre bronquial, sarcoma de teixits tous i mama entre treballadors i treballadores exposats a herbicides.

L'exposició dels pares a insecticides d'ús ambiental, o per als treballs de la granja, també s'ha demostrat perillós per als fills i filles dels homes i dones que treballen en granges. Entre ells hi ha diversos tipus de càncer: el més prevalent és el càncer de testicle, el sarcoma de *Swing* i el tumor cerebral.

Exposició domèstica a pesticides i càncer infantil

Però l'exposició domèstica a insecticides també s'ha demostrat que produeix diversos tipus de càncer infantil com el sarcoma de teixits tous, leucèmia, tumor cerebral, limfomes, tumor de Wilms i càncer testicular (Moses 1999). En aquests casos s'ha pogut demostrar la correlació entre l'exposició dins de les cases a insecticides d'ús ambiental i l'aparició de càncer durant la infància.

Salut reproductiva i exposició a insecticides

L'exposició dels agricultors i de la població que ha sigut exposada accidentalment als insecticides sobretot de tipus organofosforat i organoclorat ha produït una disminució de l'espermatogènesi, increment de l'esterilitat masculina i femenina. També s'ha demostrat un increment de malformacions congènites com l'espina bífida, anencefàlia, malformacions del paladar com el llavi leporí, avortaments espontanis, i un increment de la prematuritat.

Malaltia de Parkinson i exposició a insecticides

Una de les correlacions epidemiològiques més sorprenents ha sigut l'observada entre l'existent d'exposició a insecticides, sobretot els organoclorats o altres herbicides que tenen efectes sobre el sistema nerviós central, i l'aparició en fases tardanes de la vida de la malaltia de parkinson. De fet

es coneix que la forma en què aquests insecticides maten a les plagues és provocant-los un increment de neurotransmissors, com l'acetilcolina, que produeix un augment del to parasimpàtic del sistema nerviós autònom. Les repetides exposicions d'agricultors o de treballadores i treballadors que treballen en indústries que fabriquen insecticides poden donar a lloc a llarg termini en persones predisposades al desenvolupament de la disminució de neurotransmissors cerebrals, com la dopamina, base de la malaltia de parkinson. Ja l'any 1988, un estudi efectuat entre agricultors de Michigan (Gorell 1998), va descriure un increment de la incidència de la malaltia. També a Alemanya, un altre estudi va demostrar un increment de malaltia de Parkinson entre treballadors que utilitzaven insecticides organoclorats, fosfats llogats i preservants de la fusta.

Exposició a insecticides aplicats en llocs de treball per a la «prevenció» o tractament de plagues

Hem tingut ocasió d'estudiar l'efecte a llarg termini en la salut de treballadors i treballadores de l'exposició a insecticides en els llocs de treball sense respectar les normatives d'aplicació, amb la presència de persones en l'interior dels edificis mentre s'aplicava, o sense respectar els terminis que marquen les normatives per a cada producte.

L'exposició de forma crònica, per la repetició d'aplicacions d'insecticides, a vegades amb ritme mensual, es va desenvolupar sobretot en les empreses que havien contractat els serveis d'alguna empresa de desinfecció que aplicava els productes de forma «preventiva» sense haver comprovat l'existència de plaga. Aquesta pràctica ja no està recomanada en absolut per les autoritats en higiene i salut laboral, però havia sigut habitual en alguns països, i a Catalunya també, en la dècada dels 90 fins entrat el nou segle XXI.

Tant l'exposició aguda (una sola exposició a insecticida però de gran intensitat) com l'exposició crònica (exposicions repetides durant mesos o anys) produeixen a curt termini alteracions en les mucoses de la gola, nas i oïdes, dels bronquis i pulmons, i també afectació neurològica, amb cefalees i confusió mental. A mig termini s'altera la funció endocrina d'homes i dones, tant la relacionada amb òrgans reproductius, com un increment de l'hormona de creixement i alteració dels neurotransmissors a nivell de l'hipotàlem. A més es desenvolupen efectes autoimmunes amb la presència de nombrosos tipus d'anticossos contra teixits humans, com el tiroide o el teixit conjuntiu (Valls 2000).

L'actuació òptima per detectar l'exposició a organofosforats seria l'extracció d'una mostra de sang en el moment de l'exposició, una altra al cap de quinze dies, i una altra a les cinc setmanes. Si hi ha hagut exposició aguda o crònica, en una de les determinacions, trobarem una disminució de les xifres de colinesterasa sèrica i eritrocitària de més d'un 20% respecte als valors basals. Si l'exposició ha sigut aguda aquestes xifres es recuperen al cap d'un mes i mig de l'exposició, però si ha sigut l'afectació en exposicions subagudes la recuperació és encara molt més lenta podent trigar dos o tres mesos a recuperar els nivells normals, o no recuperar-los si la persona ha continuat exposant-se a la mateixa dosi d'insecticida.

Atès que encara no és una pràctica habitual dels serveis d'urgències que puguin reservar una mostra de sang per a fer esta determinació, molts casos d'exposició queden per diagnosticar de forma fefaent, i s'han de diagnosticar per la clínica que produeixen a curt, mig i llarg termini i que detallem en els quadres que s'adjunten.

Síntomes de la Síndrome Respiratòria de Vies Altes i Baixes

- Tos que irrita
- Dolor a l'hora d'empassar
- Dispnea (sibilants)
- Irritació mucosa bucal i llengua
- Irritació mucosa faríngia i nasal
- Mucositat nasal, faríngia i bronquial
- Llagrimeig
- Hiperosmia

Síntomes de la Síndrome Neuropsicològica

- Pèrdua de memòria
- Confusió
- Cefalea frontal
- Reflexos disminuïts
- Parestèsies en extremitats
- Pèrdua de força
- Astènia

Síntomes de la Síndrome per Excés d'estrògens

- Cicles menstruals més curts
- Metròrràgies
- Coàguls
 - Increment síndrome premenstrual
 - Increment fibromiomes uterins
 - Increment mastopatia fibroquística
- Impotència masculina

SÍNDROME D'AFECTACIÓ HIPOTALÀMICA

—Hipersecreció d'hormona de creixement GH (sense increment d'IGF1) (Parasimpaticotonia)

- Ressonància magnètica:
- Augment de la mesura de la hipòfisi
 - Desmielinització substància blanca

SÍNDROME D'HIPERSENSIBILITAT QUÍMICA

- No poden utilitzar esprais ni aerosols
- No poden anar a cines o espectacles públics
- No poden estar en les àrees dels supermercats de productes de neteja
- Dispnea al circular per carrers amb molt de trànsit de vehicles

Metodologia d'exploració en els casos en què se sospita la presència d'afectació a insecticides organoclorats o organofosforats

Es realitza en primer lloc una exploració neurològica completa, amb estudi neurofisiològic, SPECT cerebral i ressonància magnètica. A nivell analític s'estudien les hormones hipofisàries i els nivells d'estrògens si són dones i de testosterona si són homes. Per explorar l'autoimmunitat es realitzen les proves d'anticossos antinuclears i anti-tiroides, i per explorar la possible afectació mitocondrial els nivells d'àcid làctic i pirúvic. S'ha aplicat el qüestionari d'hipersensibilitat química múltiple.

Conclusions:

—L'exposició a organofosforats i organoclorats pot produir una afectació neuropsicològica greu, disrupció endocrina i fatiga crònica que persisteix deu anys després de l'exposició. El diagnòstic és difícil de realitzar sinó es compta amb un equip multidisciplinari, i moltes de les persones exposades i els professionals sanitaris poden atribuir la simptomatologia a problemes psicològics i no a l'afectació neuroendocrina que persisteix en el temps.

—Aquests efectes són més greus i persistents entre les dones ja que aquests insecticides es dipositen en les cèl·lules grasses, on poden romandre durant anys, i la dona presenta un 15% més de cèl·lules grasses en el seu organisme que l'home, perquè el seu cos és un gran bioacumulador químic, a curt i llarg termini.

—Quan les persones afectades es tornen a exposar accidentalment a un dels productes tornen a reproduir els símptomes i els nivells de colinesterasa sèrica i eritrocitària disminueixen amb més rapidesa i els costa més temps normalitzar-se.

—En les societats industrialitzades i en les regions que han sigut exposades a guerres, accidents o fumigacions agressives, com el cas de Putumayo (Colòmbia), es poden presentar problemes de salut en la població general que hauran d'atribuir-se a les dites exposicions.

—Per a això és necessari que aquest sigui considerat com un problema de salut pública i afrontat com a tal.

Bibliografia

- Alavanja MC, Blair A, Merkle S, Teske J, Eaton B, Reed B., *Mortality among forest and soil conservationists*. Arch Environ Health. 1989 Mar-Apr;44(2):94-101
- Cehovic H., *Paraoxon: effects on rat brain cholinesterase and on growth hormone and prolactin of pituitary*. Science 1972. Vol 175 (1256-1258)
- Gorell JM, Johnson CC, Rybicki BA, Peterson EL, Richardson RJ., *The risk of Parkinson's disease with exposure to pesticides, farming, well water, and rural living*. Neurology. 1998 May;50(5):1346-50
- Kogevinas M, Porta M., *Socioeconomic differences in cancer survival: a review of the evidence*. IARC Sci Publ. 1997;(138):177-206. Review.
- Moreno A, Madeira V., *Interference of parathion with mitochondrial bioenergetics*. Biochim-Biophys-Acta.1990;1015:361-367
- Moses M., *Cancer in children and exposure to pesticides*. Pesticide Education. Center San Francisco 1999.
- Spark PJ, Kreutzer R, Giardino ND, Lehrer PM, Leznof A et al. *Multiple Chemical Sensitivity/Idiopathic Environmental Intolerance Occupational Medicine* 2000;15(3):497-675
- Valls Llobet, C., *Consecuencias clínicas a corto, medio y largo plazo, de fumigaciones o insecticidas en lugares de trabajo*. Quadern Caps. 2000;29:42-46

CARME VALLS LLOBET

Metgessa endocrina

Directora Del Programa Dona, Salut I Qualitat De Vida

I Jornades de la Xarxa de Dones per la Salut. Juny 2003

«Dona, salut, participació i compromís»

El 2003, per celebrar la diada del 28 de maig, DIA D'ACCIÓ PER LA SALUT DE LA DONA, vam decidir llençar la casa per la finestra i, en lloc de fer un acte de mitja jornada com havien fet fins a les hores, vam organitzar unes jornades de dos dies de duració amb el pompós nom de Primeres Jornades de la Xarxa de Dones per la Salut, com qui posa la primera pedra de l'edifici que esperem construir.

El programa de les jornades incloïa diverses taules rodones i altres activitats però del fons pedregós dels nostres arxius només hem aconseguit rescatar tres ponències i el document de conclusions (menos da una piedra).

- El paper que ha de desenvolupar la xarxa i les associacions de dones davant de les institucions i del sistema sanitari
Pilar Blanco i Consuelo Ruiz Jarabo (Plataforma en defensa de la Sanitat Pública de Madrid)
- El paper de la xarxa i les associacions davant de les dones: necessitats i prioritats
Vicen Laguna (Dona i Salut de Ca la Dona)
- La red-caps, virtuts i perills d'una xarxa de professionals»
Margarita López Carrillo (CAPS)
- Conclusions de les jornades

EL PAPER QUE HA DE DESENVOLUPAR PER LA XARXA I LES ASSOCIACIONS DE DONES DAVANT DE LES INSTITUCIONS I DEL SISTEMA SANITARI CATALÀ; NECESSITATS I PRIORITATS

Vinc aquí en representació d'un grup de dones professionals dels serveis sanitaris.

Som actualment vuit, treballem totes a la sanitat pública, com a metgesses, treballadores socials, infermeres, llevadores, ginecòloga i fins i tot hi ha una farmacèutica. Estem vinculades d'alguna forma a l'Asociación por la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid.

L'embrió del nostre grup podríem dir que va començar a créixer fa uns dotze anys, quan una de nosaltres, Consuelo Ruiz-Jarabo va començar a adonar-se que la visió i la forma d'abordatge biologicista de la dona en els nostres serveis sanitaris no donava resposta a moltes de les necessitats i problemes de salut de les dones.

Per això es va plantejar la necessitat d'una formació més integrada. Va organitzar alguns cursos que en un primer moment van ser informatius, com sol ser habitual.

Va haver-hi un fita important: la trobada amb Fina Sanz amb qui va organitzar el primer taller, en el qual es va abordar la relació de la salut de les dones amb el nostre cos i amb els vincles afectius, amb una metodologia de grup i vivencial.

A aquells primers cursos dirigits a professionals socio-sanitaris d'atenció primària, vam acudir dones que estàvem també en procés de recerca, que també havíem descobert les limitacions del nostre habitual abordatge mèdic per comprendre i curar les dones. O aquelles que també havíem patit com

a usuàries la falta d'informació o d'escolta de les/els professionals que havíem acudit. I d'altres més «avançades», que havien començat a treballar amb grups de dones en els seus centres de salut, volien continuar aprofundint en la seva formació.

Un dels resultats habituals dels tallers de grup és que les persones que els integren comencen a relacionar-se i a plantejar activitats juntes. Així se'ns va ocórrer a nosaltres. Ens havia agradat conèixer-nos, ens sentíem bé, aprengíem juntes i vam voler seguir fent-ho. S'havia creat un primer vincle afectiu entre nosaltres. Havíem evidenciat d'alguna manera que el grup ens ajudava a desenvolupar-nos no sols com a professionals, sinó com a persones.

Així va néixer el nostre grup. Un desig: seguir relacionant-nos. Una tasca: aprendre juntes per atendre millor les necessitats de les dones que veïem en les nostres consultes i també a aprendre més de nosaltres mateixes.

I comencem a reunir-nos mensualment. Ho seguim fent des de llavors, fa ja deu anys. En un centre de salut de Madrid: *Federica Montseny*. Durant quatre hores, a la vesprada. Habitualment el que fem és primer quelcom de treball corporal per treure'ns l'estrès del matí: chikung, un massatge, una relaxació que ens ajuda a posar-nos més en contacte amb el nostre cos, amb nosaltres mateixes, que ens ajuda a sentir-nos millor. Hi ha un temps de debat per comentar casos concrets de la nostra consulta o del treball amb grups. Intercanviem articles i llibres que comentem posteriorment. A vegades fem exercicis que dirigeix alguna de nosaltres que ha acudit a algun taller. Reflexionem sobre els problemes de salut de les dones que veiem diàriament.

I tenim un temps informal per berenar. El berenar és una part important, cada mes el porta una de nosaltres. Cuidar a les altres, deixar-se cuidar. És moltes vegades en aquesta estona quan comentem temes personals, fa-

miliars, del treball o socials que ens preocupen. També hem incorporat la idea de reunir-nos en vacances per a activitats únicament lúdiques com els sopars.

És a dir que, sense gairebé adonar-nos-en, ens vam anar constituint en un grup estable de dones professionals dels serveis sanitaris, interdisciplinari. Les nostres edats, oscil·len entre els 40 i 55 anys.

Contribució del treball en grup al nostre desenvolupament personal i al nostre treball professional

—El treball en grup ens ha ajudat a introduir un altre mode de fer en el nostre treball quotidià. D'alguna manera, la mateixa forma de treballar en el grup, intentant comprendre la dona i reflexionar en comú, s'ha pogut traslladar als nostres centres: *«El que he après en el grup repercuteix en el meu treball dia a dia». «Ja no tracto un cas de lligadura de trompes, sinó que comentem entre nosaltres i reflexionem sobre la dona».*

—El nostre grup està funcionant espontàniament de forma no jeràrquica, encara que hi hagi entre nosaltres els que exerceixen més o menys lideratge en uns o altres aspectes i en distints moments o etapes. S'han anat canviant les responsabilitats. Les decisions són consensuades. *«Ha sigut molt important per mi evidenciar que és possible treballar democràticament. Aquí he viscut un altre tipus d'organització, que ha tirat per terra totes les teories sobre la bondat de les jerarquies que jo havia après en els llibres d'administració sanitària».*

—Treballant en grup sentim que ens potencia, que ens ajuda, que ens augmenta la nostra creativitat. *«Per a mi ha sigut també un espai de contenció amb matisos terapèutics. Aquí em sento lliure per a ser jo mateixa. Em sento acceptada i volguda, amb les meves pròpies peculiaritats».*

—El grup ha contribuït que integrem el plaer en la nostra vida i en el nostre treball. És quelcom que veiem també en els nostres grups de dones. Ens sembla quelcom important per a nosaltres dones que hem sigut socialitzades en el deure i en el sacrifici. En la nostra reunió de grup ens ho passem bé. Habitualment acudim totes i si una falta ho diu.

«He integrat aquest grup en la meva vida des del plaer i el compromís».

—El grup ha sigut un lloc on hem continuat aprenent per afrontar i resoldre els conflictes. Per què està sent possible en el nostre grup, quan tant s'ha parlat de la dificultat que tenen les dones per a entendre's a llarg termini? Està contribuint el fet que estiguem habitualment immerses en processos d'aprenentatge i desenvolupament personal?

—El fet que tinguem diferents professions ha sigut una font d'enriquiment, ha augmentat la nostra perspectiva i ha contribuït a trencar prejudicis i a entendre altres formes de veure les coses i de fer.

—*«Avançar i canviar requereix temps».* Ens hem adonat que aprendre a escoltar, a entendre a les altres, a canviar la nostra actitud, i a arribar a acords són processos que requereixen temps.

En resum:

El treball en grup ens està ajudant a desenvolupar-nos com a dones i també com a professionals (sense poder separar ambdues dimensions), també a ser més autònomes, més segures de nosaltres mateixes, i amb més capacitats d'establir una relació d'ajuda amb les nostres pacients, més enllà dels tractaments habituals. El benefici del treball en grup que hem viscut en nosaltres mateixes, l'escoltem i l'observem també en les dones amb qui treballem.

Formació cap a «dins»

Hem fet un gran salt des d'una formació teòrica a una formació vivencial.

Comencem realitzant tallers amb Fina Sanz en el marc de la teràpia de re-trobrament que inclou aspectes de gènere i també comunitaris, amb dos tallers bàsics sobre la repercussió de les emocions, pensaments i sentiments en el cos i en la salut i la seva relació amb el fet de ser home o dona. Un altre sobre els vincles afectius tan importants en el món de les dones. Hem treballat el tema dels laberints de la vida quotidiana que té a veure amb els conflictes i la crisi de la vida.

Vam continuar durant dos anys amb un grup de supervisió en el treball de grup en què anàvem aprofundint en el nostre desenvolupament personal i en la nostra capacitat com a coordinadores de grups de dones. Podem dir que va ser un èxit, perquè a poc a poc la majoria de nosaltres vam començar a coordinar grups de dones en els nostres centres de salut. Aquest treball de grup estava dirigit a dones que es trobaven malament de salut, i que tenien dificultats en les seves vides.

Hem realitzat també un taller sobre «*L'escolta i l'acompanyament compassiu*», que ens ha acostat a l'escolta i acceptació de nosaltres mateixes i al mateix temps a aprendre a escoltar més i millor a les nostres pacients, acompanyant-les en els seus processos, respectant els seus ritmes i no decidir per elles. Victòria Sendón, filòsofa i escriptora ens va endinsar dins el món simbòlic, els mites i la seva relació amb l'inconscient col·lectiu. Allí trobem claus per entendre la societat patriarcal i recuperar el nostre món simbòlic com a dones.

Per comprendre millor la identitat masculina i la seva construcció social, hem realitzat tallers amb Carlos Arango (Universitat de Cali –Colòmbia–), Luis Bonino (psicoterapeuta) i Gerardo Ayala (Mèxic). Ells ens van ajudar a entendre el desenvolupament de comportaments violents en els homes i a trobar

pistes per treballar amb ells.

Hem continuat la nostra formació en el treball de grup amb Emilio Irazabal (grup operatiu), i a l'Instituto de Interacción y Dinámica Personal, amb un curs de Dinàmica de Grups.

La formació que cada una de nosaltres ha anat fent en aquests anys pel seu compte, l'ha compartit amb el grup, tant el material com a través de dinàmiques.

Formació i treball cap a «fora»

A poc a poc les nostres reflexions, estudi i treball conjunt ens ha portat a la necessitat compartir-ho en altres àmbits.

Des de 1999 ens hem anat constituint en un equip docent que realitza formació en l'àmbit sanitari, amb professionals, amb l'objectiu d'ampliar la visió sobre la salut i la malaltia, incorporant la perspectiva psicosocial i de gènere i estimular a la reflexió sobre actituds i conductes i poder comprendre millor les persones que acudeixen a les nostres consultes.

En l'últim any, hem recopilat els documents que hem anat escrivint en un llibre *La detección y prevención de la violencia desde la Atención Primaria de Salud*.

Estem realitzant cursos dirigits a professionals de la salut i serveis socials en diferents CCAA (Astúries, Extremadura, Castella la Manxa, Castella-Lleó, Madrid), organitzats per Insalud, ajuntaments, Escola de Llevadores, etc.

Hem realitzat propostes al Consell de la Dona de la Comunitat de Madrid (anex 1) sobre com creiem que des dels serveis sanitaris es pot contribuir a la detecció i prevenció de la violència i a la promoció de la salut de les dones, des dels serveis sanitaris.

Situació actual de les dones. Algunes necessitats i problemes prioritaris

1. Les dones estem sotmeses a grans pressions socials que hem interioritzat, que ens indueixen a fer-nos càrrec de les necessitats dels altres i a cuidar-los, oblidant les nostres pròpies necessitats i desitjos. D'altra banda, les dones, que hem tingut el nostre càrrec des de sempre l'atenció dels nostres majors, ens estem veient impel·lides, no sols des de la responsabilitat i l'afecte, sinó una vegada més des del «mandat» social, que hem interioritzat des de la nostra infància. Veiem moltes dones «atrapades», veient-se obligades a deixar els seus treballs i els seus projectes personals. Això està originant una gran sobrecàrrega emocional i física, que les porta a emmalaltir.

Ara com ara, l'emmalaltir de les dones, que dediquen els seus dies i els seus anys a cuidar dels seus majors, malalts i discapacitats, a les quals anomenem «cuidadores», no està sent entès ni abordat pels serveis sanitaris i socials, sinó que molt al contrari, s'estan retallant els escassos serveis i recursos disponibles.

2. Les dones se senten pressionades per complir múltiples rols (treballadores fora de casa, mares, esposa, mestressa de casa), sense que siguin valorats alguns d'ells, i sense que s'hagin desenvolupat en la societat recursos que els permetin realitzar-los de formes no tradicionals o menys costosa per a elles. Les dones realitzen tots ells per evitar el sentiment de culpa, la qual cosa ens porta a sentir-nos moltes vegades malament (cansament, dolors musculars, dolors de cap o d'estómac, ansietat i depressió). Són diagnòstics, que moltes vegades en la nostra experiència, estan expressant aquests conflictes i la sobrecàrrega que comporta.

3. Detectem que les relacions entre homes i dones són de gran desigualtat i que hi ha un alt percentatge de dones que acudeixen als nostres centres que estan immerses en relacions de violència psíquica, sexual i física. Comprovem que la violència psíquica (i no sols la física) compromet i deteriora greument la salut de les dones i que continuen faltant recursos bàsics que ajudin a la dona a sortir de la seva situació, com són professionals sensibilitzades i preparades, a més de suport psicològic gratuït, assessoria jurídica, suport per a la integració formativa i laboral i l'ajuda per a la vivenda i la manutenció durant un temps. I plantejaments diferents per a l'home que maltracta i no sols les sentències irrisòries que en molts casos se'ls estan imposant, és a dir, multes d'escassos euros, visites als menors en el domicili de la dona, etc.

4. L'envelliment de la població, la majoria dones, la falta de desenvolupament d'infraestructures i recursos socials i la feminització –també en el nostre país– de la pobresa, ens està fent ser testimonis de la gran desatenció i carència de cures que viuen les persones majors. L'únic recurs gratuït que se'ls ofereix és la medicació, que no és precisament el que necessiten.

5. Immigració.- Les dones immigrants es veuen abocades a un gran desarelament social i a condicions molt precàries de treball, que repercuteix seriosament en la seva salut física i psíquica.

En definitiva, i com a resum, hem après des de la nostra pràctica quotidiana que la perspectiva de gènere és imprescindible per comprendre els problemes de salut de les dones, i alhora obre camins per a altres formes de curar. Els rols assignats tradicionalment, poc valorats en la nostra societat, i els nous rols que adquirim ens porten a conflictes psíquics, sobre-

càrrega i estrés. Les desigualtats i la violència dels homes cap a les dones malaltes. Tot el malestar que viuen les dones dóna lloc a símptomes físics i psíquics variats, poc entesos des dels nostres serveis sanitaris, els professionals de les quals tenen una formació eminentment biologicista, i que utilitza quasi com a únic recurs terapèutic els medicaments. Tots aquests símptomes es van transformant en malalties que esdevenen cròniques i es perpetuen, sense que moltes vegades les metgesses, i les pròpies pacients, hagin detectat que el seu origen està en les relacions no satisfactòries i en l'excés de treball i autoexigència.

Alguns dels canvis necessaris en els serveis sanitaris són:

—Que les i els professionals puguin disposar de temps per atendre les pacients i així entendre la relació que tenen els símptomes amb la vida de les persones.

—Formació continuada en comunicació, escolta i treball en grup que permeti introduir la perspectiva psicosocial i no sols la biològica (la salut entesa com a benestar biopsicosocial).

—Coordinació amb els recursos comunitaris i socials, en especial amb els centres d'atenció a dones i associacions.

—Els centres d'atenció primària han d'incloure un/una psicòloga i un/una treballadora social.

Amb la confiança que les nostres reflexions, junt amb les vostres, puguin aportar alguna llum i camins per promoure canvis saludables en la nostres relacions interpersonals i socials.

Agraeixo a les meves companyes: Rosa, Joana-Teresa, Raquel, Leonor, Lurdes, María José, Consuelo i Paloma, perquè amb elles m'he sentit escoltada, acceptada i estimada incondicionalment. I a Fina Sanz, que per a mi ha sigut mare, mestra i amiga i que trobar-la va ser una fita fonamental a la meua vida.

PILAR BLANCO

Metgessa de família. Centro de Salud del Escorial.

CONSUELO RUIZ-JARABO

Farmacèutica. Hospital del Niño Jesús. Madrid.

Les dues pertanyen a l'Asociación para la defensa de la Sanidad Pública

EL PAPEL DE LA XARXA I LES ASSOCIACIONS DAVANT DE LES DONES. NECESSITATS I PRIORITATS

M'agradaria començar la meua intervenció recuperant dos conceptes, que com a grup ens han acompanyat durant tota la nostra trajectòria i que malgrat això no han perdut actualitat.

També crec que aquests dos conceptes segueixen marcant les nostres necessitats i prioritats. Són:

1. El dret al propi cos.
2. El que és personal és polític.

I com els temps canvien, m'agradaria afegir un nou concepte: el de la diversitat.

En els últims anys hem estat participant de canvis socials, tècnics i científics que han repercutit en la nostra salut (anticonceptius, noves tècniques de reproducció assistida i molts més).

Hem de tenir en compte que la nostra salut és el més proper a cadascuna de nosaltres, allò que està relacionat amb el nostre cos.

El **dret al propi cos**, és un dret irrenunciable que tenim les dones i que ens ha permès avançar en les nostres reivindicacions com a dones i com a feministes.

Creiem que en aquest context és necessari un discurs des del punt de vista del gènere, feminista sobre la salut.

Per construir-lo és una bona metodologia «**el que és personal és polític**», és a dir, un discurs des de les dones, en què aportem la nostra pròpia experiència i punt de vista, tot contrastant-lo amb les aportacions de les especialistes.

La nostra experiència està plena de fets on aquests dos conceptes han estat el nucli i el motor que ens ha permès avançar i que formen part del nostre llegat.

Per exemple:

- La reivindicació pel dret a l'avortament va anar sempre unida a la campanya de despenalització dels anticonceptius. Volíem que tot fos lliure, gratuït i a càrrec de la seguretat social. Sempre hem tingut com a objectiu defensar la lliure disposició del nostre cos i això implicava defensar un seguit de drets com l'educació sexual, els anticonceptius per no haver d'avortar, l'avortament per no haver de morir, en definitiva el dret a decidir. Tot això juntament amb la defensa que la sexualitat no és reproducció, representa un punt de vista sobre el cos de la dona diametralment oposat al que tenia la societat i especialment els professionals de la medicina.

I un altre exemple:

- Cap al 1989-1990 es va obrir una nova etapa de reflexió sobre les noves tècniques reproductives. Calia donar resposta a una possible nova agressió al cos de les dones amb motiu d'alguns èxits que van donar els experiments contra l'esterilitat femenina i que podien suposar la utilització de les dones com a conillets d'índies, tal com ja s'havia fet amb l'anticoncepció. És un debat que ho abasta tot: el control de les dones sobre el seu cos, el dret a decidir, les lleis, els desitjos de les dones, la manca d'informació... Hi ha jornades, debats molt interessants sobre la maternitat com a desig i no com obsessió o imposició...

Les formes perquè la nostra veu fos escoltada van ser molt diverses:

- Van fer jornades de reflexió reivindicatives i d'autoafirmació.
- Vam utilitzar dones «famoses» en la campanya «jo també he avortat» i vam fer que milers de dones s'autoinculcessin.
- Vam sortir a manifestar-nos al carrer.
- Vam fer tallers.
- Vam fer passejades amb autobús i vam anar als mercats a cercar les dones.
- Vam fer permanències setmanals per informar i assessorar.
- I ens vam atrevir a fer avortaments i dir-ho públicament.

Totes sabem com està la llei d'avortament ara:

- Una llei que no garanteix la interrupció de l'embaràs.
- Que no dona resposta a la demanda de les dones que s'acullen als tràmits legals.

- Que possibilita els processaments i judicis a dones que avorten o a persones que fan els avortaments.
- Que viola la intimitat de les dones en permetre que els seus historials clínics surtin dels centres sanitaris i passin a dependències judicials.
- L'acreditació dels centres privats per a la pràctica d'avortaments suposa una «solució» al dret de les dones.

Això, dit així, pot semblar molt decebedor i ho és, però forma part del nostre patrimoni i d'allò que hem après juntes, com:

- Posar en el centre el que és important.
- Saber portar el que és personal al terreny social, que sigui conegut i reconegut, en una paraula al terreny polític.
- Hem acumulat saviesa en les formes de lluita i en mostrar a la societat les nostres reivindicacions. Hem generat una forma de fer pròpia, de les dones.
- Volem mostrar una ètica personal basada en el dret a escollir les nostres pròpies opcions de vida, sovint en contradicció amb l'ordre establert (avortament, lesbianisme...) que contribueixi a una major consciència i interès pel cos i per la salut.
- Tenim una vivència diferent de la maternitat, no centralitzada en els fills, de la sexualitat no abocada a la reproducció i del propi cos on el cicle fèrtil no és el seu centre, entre d'altres.
- Donem rellevància a altres dones al marge de la «família», que ens han ajudat a crear alternatives i grups d'autoajuda.

A tota aquesta experiència acumulada caldrà afegir noves formes de visualitzar les dones en el terreny de la salut. El CAPS (una de les associacions que també participa en aquestes jornades) va proposar fa un temps algunes idees com:

- La recerca de nous indicadors i instruments per mesurar la salut de les dones: morbiditat diferencial, indicadors de salut mental, indicadors de salut global i qualitat de vida, indicadors de salut maternoinfantil, indicadors de violència.
- Indicadors per avaluar la qualitat dels serveis de l'atenció sanitària.
- Desenvolupament de recerca sobre problemes de salut laboral detectats en les dones.
- Creació d'una xarxa de professionals (metgesses i sanitàries) per avançar en la reflexió dels problemes de salut de les dones detectades per la pràctica professional. (Està ja en ple funcionament)
- Desenvolupament d'un coneixement profund del nostre cos i de la nostra salut.

Pel que fa al contingut, en el marc social actual, hem d'aconseguir un discurs basat en la diversitat, no totes les dones tenim les mateixes necessitats de salut i hi ha alguns col·lectius que haurien de ser objecte d'especial atenció.

Per tant, hauríem de realitzar un discurs global que parteixi de la diversitat (amb totes les dificultats que això comporta). Aquí la xarxa pot tenir un dels seus fonaments, facilitant, enriquint i donant expressió a aquesta diversitat.

Conclusió:

No tenim idees preconcebudes ni acabades del paper de la xarxa. La nostra història recent (d'uns 25 anys) ens pot donar alguna pinzellada del que volem les dones, volem decidir i participar. Volem:

- Denunciar el sistema sanitari que pretén manipular, dominar i fer negoci de la salut i dels processos fisiològics des de l'anticoncepció al naixement, passant ara per la menopausa.
- Volem intervenir, corregir i denunciar el biaix de gènere que hi ha en tota la medicina i canviar el model sanitari que exerceix sobre paràmetres només masculins
- Volem que la salut de les dones sigui concebuda com un tot: físicament, mentalment, en relació al mitjà (urbà o rural), en el lloc social on es troben, ecològicament...
- Visualitzar que les dones no som un col·lectiu homogeni i donar expressió a totes i cadascuna de nosaltres (diversitat).
- És fonamental oferir recursos propis i alternatius (grups d'autoajuda, espais polivalents...) que ajudin a les dones a resoldre les influències negatives derivades dels rols de gènere vigents.
- Volem promoure relacions i contactes amb altres organismes (d'aquí o internacionals).
- Seguir la realització de campanyes com el Dia Internacional de la Salut de les Dones i d'altres si s'escau, adaptant-les a la nostra realitat.

I moltes coses més, tantes com volem o somiem o imaginem. I la forma com mostrar els nostres interessos també l'haurem d'imaginar i somiar. Les dones hem estat capaces de fer moltes coses, ara també és possible, i si no pregunteu-ho a algunes de les presents des de quan porten imaginant aquestes primeres jornades que estan a punt de finalitzar.

VICEN LAGUNA
Infermera
Grup Dona i Salut, Ca la Dona

LA RED-CAPS, VIRTUTS I PERILLS D'UNA XARXA DE PROFESSIONALS

La red-caps (Red de Mujeres Profesionales de la Salud promoguda per el CAPS d'àmbit estatal) va començar a teixir-se el 1999. Compta amb més de dues-centes integrants i organitza una trobada anual, a més d'altres activitats.

Feminisme i salut de les dones: història d'un divorci

Fa temps, Mari Luz Esteban (metgessa, antropòloga i feminista), en el marc d'un curs de caps, repassant el paper del feminisme en relació amb la salut de les dones, ens va recordar que la salut havia estat un tema central pel moviment feminista durant els anys setanta, el qual comptava entre les seves lluites amb la de l'avortament, la separació entre sexualitat i reproducció, l'autoconeixement. Va ser l'època del moviment de desnaturalització de les dones, és a dir, el qüestionament de la identificació de la dona amb la maternitat, i del desenvolupament dels centres de planificació familiar que incorporaven al concepte de visita ginecològica, l'atenció multidisciplinària, l'educació per a la salut i, sobretot, l'afavoriment de la presa de decisions personals de les dones.

Però, des dels anys noranta, el tema de la salut ha anat quedant progressivament circumscrit a l'àmbit professional. La principal conseqüència d'aquest allunyament és que el discurs mèdic i els avanços científics (farmacològics, genètics) han deixat de ser mirats críticament des del feminisme, i la nova onada de naturalització de les dones (veure el discurs amb què es cimenta la florent indústria de la reproducció assistida, per exemple) no està comportant una reacció per la seva banda.

El fet que el feminisme, com a moviment global, es desentengui del tema de la salut (cosa que no succeeix amb la violència, per exemple, respecte a que qualsevol grup, independentment de la seva àrea de treball, té, i es sent amb autoritat per a això, una opinió) i deixi tot debat en mans dels i les professionals, té diverses conseqüències:

—L'enfortiment de la idea que la salut és cosa de professionals, que són només ells i elles els que tenen autoritat per parlar de l'assumpte

—Amb la pèrdua consegüent de l'autoritat de qualsevol altra persona (qualsevol altra dona) per pensar, criticar, proposar...

—I la pèrdua del protagonisme de les dones (de les persones/subjectes) respecte de la seva pròpia salut. Pèrdua, per tant, d'un dels èxits del moviment feminista dels anys setanta.

—La pèrdua potencial de la dimensió política de la salut després de quedar reduïda a una concepció únicament tecnicobiològica o com a màxim psicològica, però ahistòrica, asociològica, antropològica... Apolítica.

—I, finalment, la soledat en què es deixa les professionals, doble soledat: una respecte del sistema, si li són crítiques, i l'altra, respecte de les altres dones.

La red-caps navegant per aigües difícils

En aquest marc va sorgir inicialment la nostra xarxa, per pal·liar la solitud de les professionals (metgesses, fonamentalment) que estaven pensant, veient, sentint que caldria treballar d'una altra manera. Veient que el sistema sanitari vigent és inhumà amb les/els pacients i amb les/els professionals (més amb les, que amb els), i que les pacients estan sent discriminades en la investigació i mal ateses perquè falten coneixements per entendre les seves

demandes. I les professionals també veuen que van estudiar unes coses en la carrera i es troben altres distintes en la consulta per a les quals no tenen resposta. Metgesses de tot l'estat, es pregunten en la seva soledat si serien les úniques que es donaven compte de tot això o és que estaven boges.

La Red-Caps va sorgir doncs, en primer lloc, com un gran grup d'ajuda mútua.

L'altra justificació per posar en marxa aquesta xarxa de professionals era la percepció que els canvis es produïen en qüestions concretes, i el debat entre professionals permet anar al detall, a les actuacions, als protocols, als tractaments, a les actituds. Permet detectar, a més, la deriva cap a la medicalització innecessària o els biaixos de gènere amagats a vegades en subtiletes difícils d'identificar per a les no professionals. I permet, també, criticar i fer propostes a les polítiques públiques de salut en un idioma que els que les fan puguin entendre.

No obstant això, a poc a poc, en un principi concebuda com a xarxa de metgesses, s'ha anat *contaminant* amb dones d'altres professions, majoritàriament psicòlogues, encara que també infermeres i una representació més o menys succinta de sociòlogues, antropòlogues, treballadores socials, periodistes, historiadores, documentalistes... Fet que ha obligat i permès (*a la fuerza ahorcan*) debatre sobre els temes de salut amb una perspectiva més global, biològica i al mateix temps social, psicològica, cultural...

Aquest esforç de totes, d'acomodar la mirada a altres lents, està sent treballós però molt ric. No obstant això, l'ingredient que està evitant que la xarxa caigui en tots aquells perills derivats del divorci entre professionals i moviments socials, que vaig enumerar al principi, és, des del meu punt de vista, la ideologia feminista de moltes de les participants, la seva pertinença a grups de dones, la seva militància, sovint anterior a la pràctica professional. El feminisme, un atribut menys objectivable que un títol acadèmic, dona compte d'un

posicionament polític de la dona com a persona (no sols com a professional) i li permet un accés a les dones i als seus assumptes (inclosa a si mateixa) des d'un altre lloc menys connotat d'autoritat i saber oficial. Aquest ingredient és el que està permetent trencar una vegada i una altra amb la inèrcia de buscar el discurs pretesament «objectiu-científic», temptació en què poden caure les metgesses més fàcilment, o la del discurs de la subjectivitat sense les consideracions culturals que el gènere desvetlla, a que per formació propendeixen les psicoanalistes, per exemple.

Feminisme i salut de les dones, una necessitat

Des de la Red-Caps i des de La Xarxa de Dones per la Salut de Catalunya (xarxa de grups en les quals els caps també forma part) estem treballant perquè el feminisme en el seu conjunt repregui temes prioritaris sobre els quals ha de pronunciar-se. Són qüestions com ara el caràcter patològic creixent de la menopausa, que justifica tot tipus de discriminacions, no sols sanitàries, també socials, laborals i culturals, i autoritza la medicació generalitzada de les dones. Una altra qüestió és la mala salut de les cuidadores, que són quasi totes les dones, fet que representa la punta del gran iceberg de la desatenció dels nens petits, gent gran i malalts per part de la comunitat com a tal. També, una altra qüestió que cal mencionar, l'auge de les noves tecnologies reproductives i de l'enginyeria genètica suposa una nova forma d'explotació de les dones convertides en bancs d'òvuls, és a dir, en proveïdores de matèria primera per a la indústria. Aquest auge també implica el nou camí que ha pres la investigació d'anticonceptius que està apuntant com objectiu final l'abolició de la menstruació (fet que unit amb la teràpia en la menopausa significa que les dones han de prendre hormones des de la pubertat fins a l'ancianitat), els enormes esforços de la indústria per reduir la sexualitat

femenina a un procés merament funcional (síndrome de disfunció sexual femenina) a què poder aplicar una «viagra».

L'estat de salut de les dones, i la manera en què s'aborda, són un indicador, tan bo com la violència o la discriminació laboral, de la situació de subordinació de les dones en la nostra societat, i de l'objetualització que el sistema econòmic en què vivim ens ha reduït a totes i a tots. Seria interessant que el feminisme en el seu conjunt (com a moviment social revolucionari que és) no s'inhibeixi i ocupi el seu paper d'interlocutor polític de les/els professionals de la salut.

MARGARITA LÓPEZ CARRILLO
Documentalista i periodista de Salut
Coordinadora de la Red-Caps

Conclusions de les jornades de La xarxa de dones per la salut

Barcelona. El Far. 30-31 de Maig de 2003

Sobre xarxes i identitats

Tenim una història i una llarga experiència. Vindiquem el llegat feminista sobre el discurs de la salut, a partir de les aportacions internacionals de les dones del Col·lectiu de Dones de Boston, *la Red de Salud de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe* (RSM-LAC) i, aquí, a l'Estat espanyol, el llegat dels grups de dones per l'Autoconeixement i tots els escrits i jornades del moviment feminista sobre salut.

Cal enfortir els grups per enfortir la xarxa i enfortir la xarxa per enfortir els grups.

Incorporar a la xarxa tots els grups i totes les dones que vulguin treballar per la seva salut des d'una perspectiva de gènere, sense utilitzar prejudicis de manca o excés de feminisme, i des del compromís per la no-fragmentació del moviment de dones per la salut.

Donar valor a les dones que formen els Grups d'Ajuda Mútua (GAM) i facilitar la seva participació a la xarxa per canviar juntes el món que ens emmalalteix.

Autogestió i autonomia corporal-grups d'autoconsciència

Les dones som diverses i ens trobem en situacions diferents, que cal incorporar al moviment i al discurs de salut. La diversitat és un valor que ens ajuda i enriqueix a totes, i ens ajuda a no jerarquitzar situacions ni conceptes, sinó a treballar en xarxa.

El coneixement del nostre cos i la nostra ment són l'eina fonamental per identificar els diferents problemes que afecten la nostra salut, i també per resoldre'ls.

Exercici de drets

El dret al coneixement del propi cos i el dret a decidir continuen essent el centre del nostre discurs i la nostra pràctica, concebuts com a drets inalienables dels quals hem de ser protagonistes.

Constatem les dificultats per exercir aquests drets, fonamentalment els lligats als drets afectius, sexuals i reproductius, o els drets a ser ciutadanes.

Reivindiquem el dret a disposar de temps per viure, com una base imprescindible per construir la pròpia salut.

Tenir cura d'una mateixa i d'altres persones forma part de la vida social i, és en aquest espai on les dones han de tenir un equilibri entre el seu propi espai de cura i la dels altres.

Els drets de les dones són drets humans, i la salut és un dels més importants, concebut en una perspectiva de salut integral bio-psico-social, des d'una perspectiva de gènere i en un marc ecològic i sostenible que generi equitat i s'enfronti a les desigualtats en salut.

Coordinació i canvis en els serveis sanitaris

Cal avançar en la diversificació i la coordinació de totes les persones implicades en els serveis sanitaris: metges i metgesses, professionals de la psicologia, treballadores socials, grups de dones afectades, professionals sanitaris d'infermeria,

auxiliars de clínica, treballadores de la neteja, sindicalistes etc.

Cal millorar la comunicació entre les persones que utilitzem els serveis sanitaris i els professionals i altres agents: relació amb les associacions de dones, grups de dones i persones grans de cada barri, creant mecanismes àgils i fàcils per a la relació basats en el coneixement i el reconeixement mutu.

Cal també, incrementar el temps d'atenció dels professionals sanitaris i millorar la distribució del temps de treball de manera que hi hagi una part d'atenció directa, una part en formació contínua (incorporant la formació en l'escolta i la perspectiva de gènere), i una altra part en tasques de promoció i prevenció de la salut.

Teràpies i medicines alternatives

- Promoure el debat sobre què ens emmalalteix.
 - Què volem dir en emmalaltir i en guarir?
 - Medicalització del cos de les dones: creació de malaltia.
 - Què vol dir una atenció sanitària de qualitat i amb calidesa? Què vol dir tractar bé i quin és el paper de la indústria farmacèutica?
 - Quins prejudicis i barreres ens trobem?
- Tornar a ser protagonistes dels processos naturals com la lactància o el part.

PRODUCCIÓ CIENTÍFICA

Constatem la manca de formació sobre gènere per abordar les recerques.

Cal la introducció d'indicadors de salut i gènere per poder avaluar cada recerca i cada actuació.

És imprescindible corregir la poca presència de dones i de temes de salut diferencials en els estudis.

Cal que més dones participin a la recerca de salut i que un 50% de dones formi part dels protocols de recerca.

Participació i control de les abs i dels sectors sanitaris

Cal avançar en la necessitat d'una coordinació de les institucions implicades en la promoció de la salut i prevenció de la malaltia, com l'escola, els ajuntaments, les Àrees Bàsiques de Salut (ABS) i, en cas d'atenció a les diferents formes de violència contra les dones, també d'altres serveis com els jurídics i policials, i els socials.

Acostar-se als professionals de les ABS, els ajuntaments i les associacions professionals, per promoure un canvi radical del sistema sanitari.

Desenvolupar el control dels moviments veïnals, sindicals i de dones.

Plans de salut

Crear mecanismes d'influència sobre els plans de salut, i afavorir la possibilitat de control dels mateixos per part de les associacions de dones i les plataformes per la sanitat pública.

Reconèixer l'important bagatge que aporten les associacions de dones als programes d'intervenció en salut, i especialment pel que fa als programes preventius i de suport.

Promoure debats permanents amb els responsables de salut dels governs i dels partits polítics que ens permetin crear opinió i força de canvi.

Incloure a la sanitat pública, com aspectes fonamentals, l'atenció en salut mental, la salut en el treball, l'atenció a la violència de gènere, i plans integrals d'atenció a la gent gran, donant recursos per al seu desenvolupament i control.

Participació a la Trobada de Dones a Catalunya. Juny 2006

«Sabem fer i fem saber»

Els dies 2, 3 i 4 de juny del 2006, es van fer a Barcelona les terceres jornades feministes que es feien a Catalunya (les primeres van ser al 1976 i les segones al 1996), i portaven per títol «Les dones sabem fer i fem saber». La Xarxa de Dones per la Salut vam decidir adaptar la celebració del 28 de maig d'engany a la nostra participació a les jornades, i ens varem aplicar en l'organització d'un seguit d'activitats de les quals tenim molts documents que oferir-vos, aquesta vegada sí.

- Taula rodona: «L'atenció a la sexualitat i la reproducció»
 - Introducció. *Ma Luisa García (Creació Positiva)*
 - Les rutines que fan mal: l'atenció a la lactància. *Eulalia Torres (Alba. Lactància Materna)*
 - Les rutines que fan mal: l'atenció al part. *Imma Marcos (Alba. Lactància Materna)*
 - Polítiques i dèficits en salut reproductiva. *Carme Catalan (Secretaria Dona de la Federació de Sanitat de CCOO Cat.)*

- Taula rodona: «L'organització de l'atenció sanitària i sociosanitària i la repercussió sobre la salut de les dones»
 - Biaixos de gènere dins del procés d'assistència sanitària. *Carme Valls Llobet (CAPS)*
 - La gestió sanitària i la seva repercussió sobre nosaltres. *Marta Carrera (Ass. Cat. Defensa de la Sanitat Pública)*
 - Les desigualtats de gènere i l'organització sanitària. *Luisa Montes Pérez (Secretaria Federació de Sanitat CCOO Cat.)*
- Taula rodona: «Ser dona no és cap malaltia! La medicalització de la salut de les dones»
 - Introducció. *Margarita López Carrillo (CAPS)*
 - El negoci de la salut de les dones. *Leonor Taboada. Periodista de salut. (Revista Mujeres y Salud MyS)*
 - La panacea dels psicofàrmacs. *Maria Jesús Soriano (CAPS, El Safereig)*
 - L'altre cara de la medicalització. *Montse Pineda (Creació Positiva)*
- Vídeo fòrum: «Corbes gracioses» de Kiti Luostarinen. *Graciela Traba (Secció psicologia de la dona COPC)* i *Chus Peñaranda (Dona i Salut Ca la Dona)*.

TAULA RODONA: L'ATENCIÓ A LA SEXUALITAT I LA REPRODUCCIÓ

Introducció

L'atenció a la salut reproductiva incideix en la discriminació de les dones i està en relació amb les dificultats que històricament han tingut per disposar lliurement del propi cos. L'atenció actual, si bé ha millorat, hi ha alguns indicadors de dèficits, i el fet que estigui sobremedicalitzada i tecnificada produeix efectes perversos.

La xarxa de dones per la salut vol brindar l'espai d'aquesta taula per homenatjar un grup de dones que, fa ja més de 30 anys, es van il·lusionar amb una idea, van lluitar per planificar-la, i així van posar en marxa el primer centre de planificació sexual a Catalunya. En aquest temps de memòria històrica, era de rebut visualitzar la labor pionera d'aquestes aventureres en l'atenció de les dones. La seva empenta i la seva claredat en la visió de les necessitats de les dones ha permès anar caminant cap a la consecució d'objectius en relació a la salut de les dones.

No obstant això, després de 30 anys de treball, queda molt per fer. El malestar de les dones enfront de la medicalització dels seus cossos, dels seus processos vitals, dels seus desitjos, del seu plaer, dels seus estats d'ànim, és evident. Hem tecnificat els processos vitals i amb això hem perdut part de la nostra capacitat per gaudir i per decidir sobre ells. Els criteris mèdics, als quals s'acull l'atenció de la sexualitat i la reproducció, no deixen d'estar exempts de les concepcions socioculturals de la nostra societat, i aquestes encara parteixen d'una ideologia sexista i patriarcal.

No és res estrany que gran part de les ponents d'aquesta taula tractin els aspectes de què parlaran des dels dèficits i les rutines. Algunes d'aquestes rutines són degudes a dèficits estructurals que es repeteixen en el temps perquè és el que *sempre* s'ha fet sense saber ni qüestionar-se quan es va iniciar aquesta norma i per a què es manté. Un d'aquests dèficits estructurals és que els serveis d'atenció de la salut de les dones estan més ben definits en funció del benestar i comoditat de les/els professionals de la salut que no en funció de les necessitats de les pròpies usuàries.

Lluny queda la idea de la promoció de la salut que va suposar els primers canvis en l'atenció sanitària de les dones i que comportaven una filosofia que aborda la salut des d'una perspectiva global i integradora, i que concebia la dona que necessitava atenció com una persona en què l'atenció havia de tenir un component biològic, psicològic i social. Aquesta visió integradora dóna la possibilitat a les dones a exercir el dret a decidir, el dret sobre el seu cos i el dret a viure la seva pròpia vida. Amb el fi desitjable de poder aconseguir una bona salut, entesa aquesta com la forma de viure més autònoma, més solidària i més joiosa possible.

Però ara, i des dels desitjos de les dones que componen aquesta taula, que són molts i variats, i que tenen com a fil conductor la possibilitat d'una atenció de qualitat i calidesa per a les dones en salut sexual i reproductiva, és possible donar pas a les seves intervencions basades en la reflexió i en l'experiència de la quotidianitat de la seva labor.

MARIA LUISA GARCÍA
De Creació Positiva

LES RUTINES QUE FAN MAL: L'ATENCIÓ A LA LACTÀNCIA MATERNA

L'índex d'intenció d'alletament és actualment molt alt a Catalunya i mostra una clara tendència a continuar augmentant gradualment. Segons dades facilitades pel Departament de Salut Materno Infantil de la Conselleria de

Sanitat de la Generalitat, referides a l'any 2005,¹ el 82% de les dones que van ser mares van escollir la lactància materna com a opció de criança per als seus fills.

Si comparem, per exemple, el nombre de dones que iniciaven la lactància dels seus fills el 1989 amb qui ho feien l'any 2005, veiem que el percentatge va augmentar en un 13%. I si comparem, durant el mateix període, les dones que continuaven alletant els seus fills de 6 mesos, veiem que el percentatge va augmentar en un 500%.

Aquest augment d'interès de les dones per la lactància materna ha transcorregut paral·lel a la seva incorporació massiva al treball remunerat i a una creixent i dinàmica participació de la població femenina en activitats generals.

Tot i així, alletar els fills no sempre resulta fàcil per a nombroses famílies. El desconeixement de la fisiologia i la pràctica de la lactància materna, i la manca de suport minven sovint la llibertat d'elecció de les dones a l'hora de mantenir la manera que han triat d'alimentar els seus fills i les seves filles.

Per aquest motiu cada dia hi ha més mares que necessiten i demanen informació fiable i actualitzada, i que cerquen un suport adequat a les seves necessitats que les ajudi a gaudir d'una lactància materna exitosa.

Per tot això, cal considerar:

- Que malgrat el gran interès de les dones catalanes per la lactància materna, l'índex de fracàs i abandonament involuntari de l'alletament es molt alt les primeres setmanes i que per poder alletar amb èxit és necessari que les dones rebin, a més d'una adequada atenció sanitària, informació adequada i suport social, familiar i laboral.

¹ Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat: *Indicadors de salut maternoinfantil a Catalunya, 2000-2002*. <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/2002tipusali.pdf>

- Que a data de juny de 2006 a Catalunya només hi ha cinc hospitals que tinguin la denominació d'Hospital Amic dels Nens, és a dir, que tinguin reconeguda per OMS/UNICEF una bona qualitat assistencial en lactància materna.² Però la majoria de centres hospitalaris catalans incorren de forma sistemàtica en pràctiques i rutines que perjudiquen la lactància materna, com ara:

1. No disposar d'una política de lactància materna escrita que sigui comunicada periòdicament a tot personal.
2. No formar tot el personal per dur a terme aquesta política.
3. No informar totes les dones embarassades sobre els beneficis i la pràctica de l'alletament matern.
4. No ajudar les mares a iniciar la lactància durant la primera hora després del part.
5. No ensenyar a les mares com alletar i com mantenir l'alletament si se separen dels seus nadons.
6. Donar als nounats aliments o begudes diferents a la llet materna sense indicació mèdica.
7. No practicar l'allotjament conjunt ni deixar que els bebès i les seves mares estiguin junts les 24 hores del dia.
8. No fomentar que l'alletament matern es doni cada vegada que el nadó demani.
9. Donar tetines, xumets o altres objectes artificials per a la succió als nadons alletats.
10. No promoure la creació dels grups de suport a l'alletament matern ni remetre-hi les mares.

² Vegeu IHAN (Iniciativa Hospitals Amics dels Nens) – UNICEF: <http://www.ihan.org.es> [consulta: 23 febrer 2006]. Més informació a: UNICEF: Nutrition. Protecting, promoting and supporting breastfeeding. http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_breastfeeding.html [consulta: 23 febrer 2006]

- Que sovint no hi ha una unitat de criteri en l'atenció a les dones i la lactància materna dins del sistema sanitari, a més de descoordinació entre hospitals i centres de salut.
- Que els grups de suport a la lactància materna, cada cop més nombrosos a Catalunya, tenen un paper important en el suport a les dones que volen alletar els seus fills.
- Que cal el compromís i la col·laboració de tots els estaments implicats: administració, centres hospitalaris, professionals sanitaris, famílies, grups de suport, i la societat en general perquè les dones puguin gaudir dels seus drets a la salut, a la informació i a la lactància materna.

I per tant, és important:

1. Que un mínim de 20 hores de formació sobre lactància materna s'inclouï dins el temari lectiu de totes les especialitats dels professionals sanitaris relacionats amb la salut maternoinfantil.
2. Que la informació sobre la lactància materna estigui a l'abast de tota la població començant ja per les escoles, de manera que:
 - Les imatges de la lactància materna formin part del material escolar.
 - L'anatomia i la fisiologia de la lactància materna s'inclouï dintre del coneixement del cos humà.
 - La pràctica i el manteniment de l'alletament figuri dins del coneixement del medi social i natural.
 - Que les recomanacions de l'OMS / UNICEF s'ensenyin dins dels hàbits sans d'alimentació.
3. Que l'estratègia per a l'alimentació dels lactants i els nens petits (OMS, 2002), amb especial les recomanacions sobre lactància materna i introducció

d'aliments complementaris,³ s'implementi a tots els centres d'atenció pediàtrica a Catalunya,

4. Que la lactància materna s'inclogui de forma expressa dins dels programes d'atenció a la salut sexual i reproductiva (PASSIR):

- Proporcionant informació adequada sobre fisiologia i pràctica de la lactància materna a les dones embarassades.
- Proporcionant informació i suport a la lactància materna en el puerperi tant domiciliari com d'ambulatori.
- Proporcionant informació i suport a les dones pel manteniment de la lactància materna durant tant de temps com cada dona decideixi.
- Proporcionant atenció i tractaments adequats davant qualsevol afecció a la dona relacionada directa o indirectament amb l'alletament, respectant a més la seva opció de criança.

5. Que s'impulsi la iniciativa Hospitals Amics dels Nens i les Mares a la totalitat dels centres hospitalaris públics i privats de Catalunya amb la creació d'un consell nacional multisectorial sobre l'alletament matern que compti amb l'autoritat i dotació econòmica apropiada, i que sigui integrat per representants governamentals, associacions professionals i grups de suport a la lactància materna.

6. Que s'impulsi la lactància materna i el mètode «mare cangur» en les unitats de neonatologia de tots els centres hospitalaris públics i privats de Catalunya. I si cal, un cop donats d'alta, que es faci el seu seguiment ambulatori, facilitant a les dones i a les famílies informació, espais adequats, i estris necessaris.

El MMC consisteix en el contacte pell amb pell entre la mare i un nadó prematur. Ha de ser un contacte precoç, continuat i perllongat amb lactància

³ Sobre l'Estratègia per a l'Alimentació dels Lactants i els Nens Petits, vegeu: <http://www.estrategia.info/lactancia/modules.php?name=Conteni2&pa=showpagina&pid=14> [consulta: 23 febrer 2006]

materna. S'ha demostrat científicament que aquesta pràctica en les unitats neonatals és més eficaç que les incubadores per al correcte desenvolupament i la salut del nadó, i beneficia emocionalment la mare. També afavoreix que es pugui donar l'alta hospitalària més aviat, amb el consegüent estalvi sanitari. En aquests casos es pot continuar fent MMC amb seguiment ambulatori.

7. Que el Codi de Comercialització de Succedanis de Llet Materna (OMS, 1981) s'implementi com a codi ètic obligatori dins tot el sistema sanitari català.

8. Que es promogui la normalització de l'acte d'alletar en tots els àmbits de la societat. Tolerància 0 davant qualsevol discriminació a una dona a causa de les seves opcions de criança.

Que es fomenti la col·laboració dels professionals i centres sanitaris amb els grups de suport de manera que:

- a. Els hospitals i els centres d'atenció primària disposin dels llistats amb les dades dels grups de suport de la seva zona d'influència i els lliurin a totes les dones que hagin triat alletar.
- b. Que es fomenti la distribució dels materials informatius desenvolupats pels grups de suport mitjançant el sistema sanitari.

EULÀLIA TORRES

Del Grup Alba

LES RUTINES QUE FAN MAL: L'ATENCIÓ AL PART

El naixement d'un fill és un moment transcendent en la vida de les persones, i com a tal ha de ser objecte d'un respecte profund. S'hauria de poder viure com una celebració per part de les mares i les seves parelles. Els professionals que hi participin s'haurien de considerar com a convidats privilegiats.

Al nostre entorn, però, l'embaràs, el part i el puerperi han perdut, en la majoria dels casos, el seu caràcter espontani i fisiològic, a causa d'un excés de medicalització innecessària. La ciència mèdica tradicional no sempre ha estat, fins al moment, en condicions d'abordar el part com a esdeveniment fisiològic natural i benigne, i ha tendit considerar-lo com si es tractés d'una patologia. Aquesta alteració de la imatge del part ha permès el desenvolupament de models d'assistència que responen a les necessitats de l'organització hospitalària, però no sempre a les necessitats de la mare i del nadó. L'estructura sanitària actual condueix en molts casos a complicar el treball de part, multiplicant les necessitats d'intervenció mèdica (iatrogènia).¹ Com a conseqüència, les dones es veuen molt sovint impossibilitades per viure el part i l'encontre amb el seu fill d'una manera activa i saludable.

Al 1985, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va organitzar a Fortaleza, Brasil, una conferència sobre la tecnologia apropiada per a l'assistència al part. La revisió acurada dels coneixements sobre aquestes tecnologies va portar a l'adopció unànime d'un seguit de recomanacions aplicables als serveis perinatals de tot el món, i que van quedar recollides primer a la Decla-

¹ Fets que va reconèixer el Parlament Europeu al 1988, a la resolució per una Carta de Drets de la Partera. (Résolution (doc. B271286) présentée conformément à l'article du règlement et votée par le Parlement Européen. Strasbourg, juillet 1988).

ració de Fortaleza², i posteriorment al document *Care in normal birth: A practical guide* (1997), una guia pràctica amb les recomanacions oficials de l'OMS per a l'assistència als parts normals.³ En aquest darrer document, l'OMS va qüestionar l'atenció que s'ofereix als hospitals a les dones i als nadons en aquells països on l'assistència al part es troba molt medicalitzada. Aquest és el nostre cas.

El retard, de més de vint anys, en la implantació al nostre país de les recomanacions de l'OMS per a l'atenció al part normal ha comportat un increment incessant del nombre de parts instrumentals i de cesàries. Pocs hospitals han pres mesures per modernitzar les seves pràctiques i adaptar-les a les recomanacions de l'OMS.

El *Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó* (Generalitat de Catalunya, 2004) ha representat, en aquest sentit, un apropament important a la línia assenyalada per l'OMS, però a hores d'ara la seva aplicació a Catalunya és totalment insuficient. El *Protocol* de la Generalitat es mou, com l'OMS, en la visió del part normal com a procés fisiològic amb un gran component emocional i contempla les diverses opcions existents a cada etapa d'aquest procés, des del part medicalitzat (l'anomenada «gestió activa» del part) fins al part pròpiament fisiològic, que el protocol defineix com a «part natural no medicalitzat». Aquestes opcions, però, encara no són una realitat a la immensa majoria dels hospitals i clíniques catalans, on sovint es vol denegar a les dones la possibilitat de triar entre les opcions contemplades al mateix protocol oficial.

² Organització Mundial de la Salut, Declaració de Fortaleza, publicada a *Lancet*, 1985, 2:436-437.

³ Organització Mundial de la Salut: *Care in normal birth: A practical guide. Report of a Technical Working Group*. Ginebra: 1997. http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_96_24/care_in_normal_birth_practical_guide.pdf [consulta: 23 febrer 2006]

Per tot això, cal considerar:

A. Que el model actual majoritari d'atenció a l'embaràs i sobretot al part està superat. L'eutòcia, el part natural que evoluciona de manera normal, rep un tractament que caldria reservar per als parts d'alt risc, és a dir, per als parts presumiblement patològics.

L'assistència rutinària als parts a les maternitats dels hospitals catalans es fonamenta en l'anomenada «gestió activa» del part, i inclou pràctiques desaconsellades per l'OMS i no exemptes de riscos reals i potencials, com ara:

- canalització d'una via
- monitoratge fetal electrònic intern i/o continu
- injecció d'òxids per accelerar el procés
- analgèsia peridural
- ruptura artificial de la bossa d'aigües (amniotomia)
- episiotomia rutinària (tall vaginal)
- deslliurament artificial de la placenta

Pràctiques a les quals s'hi pot afegir la inducció artificial del part (sovint per causes no mèdiques: induccions «de conveniència»), l'extracció instrumental (fòrceps), i les cesàries no necessàries, sovint relacionades amb la iatrogenia pròpia de la «gestió activa» del part o bé amb motivacions d'ordre social.

Les dades facilitades pel Departament de Salut Maternoinfantil de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat⁴ mostren l'evolució en augment dels parts per cesària durant el període 1993-2002, passant d'un 22,8% a

⁴ Generalitat de Catalunya: *Indicadors de Salut Maternoinfantil*. <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/indica2002.pdf> [consulta: 23 febrer 2006].

un 26,1%. Aquest augment és encara més alarmant als centres privats, on l'any 2002 es va arribar a un 36,6% de cesàries. És evident que aquestes dades superen de manera molt preocupant el 10-12% de cesàries que l'OMS considera justificable.⁵

És molt significatiu que els Indicadors de Salut Maternoinfantil contemplin només la mortalitat maternofetal i la morbiditat neonatal, però no la morbiditat materna. El projecte PERISTAT, del Programa d'acció comunitària de Vigilància de la Salut de la Comissió Europea,⁶ ha establert els següents indicadors de morbiditat materna:⁷

- prevalença de morbiditat materna greu
- prevalença de trauma perineal (episiotomia, o tall vaginal)
- prevalença d'incontinència fecal
- depressió postpart

El naixement és una experiència central en la salut i la vida emocional de les dones. Sabem que una experiència de part traumàtic o decebedor, o fets com ara la persistència de traumes perineals repercuteixen molt negativament en la salut psíquica i física de les dones a curt i a llarg termini. Recordem que al nostre país més d'un 80% de les primíparas pateixen una episiotomia, amb el consegüent trauma perineal, i sovint amb repercussions poc avaluades com ara disfuncions sexuals durant mesos i fins i tot anys.

B. Que la falta d'informació a les dones sobre els riscos i perjudicis d'aquestes pràctiques de rutina, a curt i a llarg termini, i sobre les alternatives pos-

⁵ B. Chalmers, V. Mangiaterra i R. Porter, *WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course*, Birth, 2001; 28: 2002-2007.

⁶ Més informació: PERISTAT. *Monitoring and evaluating perinatal health in Europe*. <http://europeristat.aphp.fr> [consulta: 23 febrer 2006].

⁷ <http://europeristat.aphp.fr/fr/indicateurs/main.html> [consulta: 23 febrer 2006].

sibles, minva la seva possibilitat d'elecció, i per tant constitueix un àmbit institucional de discriminació, violència contra les dones i privació dels drets reconeguts, entre d'altres, per la Llei general de sanitat, la Llei 41/2002 bàsica reguladora de l'autonomia del pacient, i la Carta dels drets i deures dels ciutadans en relació amb l'atenció sanitària a Catalunya.

C. Que cal reorientar l'atenció a la salut sexual i reproductiva en el nostre sistema sanitari, fent èmfasi en la informació objectiva, l'atenció adequada i el respecte a les dones i els seus fills/filles, evitant intervencionismes i medicalitzacions innecessàries.

L'embaràs, el part i la lactància materna són part d'un mateix procés natural a més d'actes fisiològics, demostren salut en les dones i no s'han de tractar com a malalties.

Tota dona és capaç de parir i alletar sense problemes mentre no es demostrï el contrari. Malauradament, les dones estem acostumades a rebre el tracte oposat: tot embaràs i tot part són abordats com a situacions d'alt risc fins que no demostrem el contrari.

Estem molt lluny en aquest terreny de països com Gran Bretanya, Suècia i els Països Baixos, on gaudeixen d'uns sistemes d'atenció a la salut sexual i reproductiva envejables amb resultats comprovats de:

- Experiència de part més satisfactòria per a dones i famílies
- Majors taxes d'èxit en la lactància materna
- Un important estalvi econòmic pel sistema públic de salut

I per tant, és important:

1. Que s'implementin les recomanacions de l'OMS respecte a l'assistència del part normal:⁸

- a. Crear un ambient confortable i d'intimitat al seu voltant.
- b. No aplicar ènemes de neteja ni rasurar sistemàticament el vell púbic.
- c. Permetre a la dona l'acompanyament continuat d'una (o dues) persona/es de confiança, tant als parts vaginals com a les cesàries.
- d. No sotmetre la dona a exploracions constants, i encara menys realitzades per diverses persones; només les estrictament necessàries, i totes amb el seu consentiment.
- e. Evitar el monitoratge continu de rutina. Aquesta pràctica disminueix la mobilitat de les dones al llarg del part, entorpeix de retruc el procés fisiològic, i no millora els resultats, segons demostra l'evidència científica. L'auscultació intermitent de la freqüència cardíaca fetal és suficient per al seguiment del part normal.
- f. Limitar a casos molt determinats l'ús del monitoratge amb cardiotocògraf intern, que actualment en alguns grans hospitals de Catalunya s'utilitza de forma sistemàtica a tots els parts.

Actualment, el monitoratge continu -que pot ser extern o intern- s'utilitza bàsicament com a prova mèdico-legal més que no pas en benefici de la mare i el fill.

[El monitoratge intern consisteix en penetrar a través de la vagina, trencant la bossa si és sencera, una cànula per darrera de la presentació

⁸ OMS: *Care in normal birth: A practical guide. Report of a Technical Working Group*. Ginebra: 1997.
http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_96_24/care_in_normal_birth_practical_guide.pdf
 [consulta: 23 febrero 2006]

fetal. Amb aquesta cànula s'introdueix una sonda dins de l'úter per mesurar la pressió intrauterina, i es perfora el cuir cabellut del nadó intrauterí amb un elèctrode que marca la freqüència cardíaca fetal continuadament. Es, doncs, un mètode altament agressiu amb unes grans possibilitats de complicacions greus (infeccions, desprendiments de placenta, hemorràgies). Sovint, la seva aplicació resulta molt dolorosa per a la dona, perquè se sol fer abans d'administrar analgèsia peridural. Per altra banda trenca totalment la idea ètica de la medicina: *primum non nocere* (Primer, no fer mal), o llei de la màxima beneficència, mínima maleficència, perquè ocasiona una ferida al nadó que naixerà. Sovint durant el procés de dilatació i a causa de les moltes manipulacions i exploracions vaginals que es realitzen (com a mínim, cada hora) aquests elèctrodes es desenganxen i s'ha de tornar a col·locar tot, amb el consegüent dany afegit al cap de la criatura i el cost econòmic que comporta.]

g. Afavorir la mobilitat de la dona durant la dilatació i l'expulsiu. Ha de ser el professional que assisteix al part qui s'adapti a la posició que prefereixi la dona, i no a l'inrevés.

h. No s'utilitzaran mitjans per accelerar el procés de manera sistemàtica com trencar la bossa de les aigües o utilitzar hormona oxitocina.

i. Si la dona opta per un part fisiològic sense analgèsia se li han d'oferir mitjans alternatius i naturals per alleugerir el dolor de les contraccions: calor local, banyera d'aigua calenta, mobilitat, massatges, digito-pressió, etc.

j. No fer servir antisèptics iodats.

k. No pinçar ni tallar el cordó umbilical fins que aquest ha acabat de bategar, i per tant, de transmetre tot el volum sanguini necessari per prevenir una possible anèmia al nadó durant els seu primer any de

vida, com demostra l'evidència científica.⁹

1. No fer de forma sistemàtica l'episiotomia. Només s'hauria de fer en aquells casos on es detecta asfíxia fetal, i fer-la suposa guanyar uns pocs minuts per ajudar a néixer el nadó i estimular-lo a respirar. Aquest supòsit es dona en menys del 5% dels parts.

[L'evidència científica ha demostrat que l'episiotomia no preveu estrips perineals importants, no preveu la incontinença urinària ni el patiment fetal i en canvi ocasiona molt dolor, sagnat, possibles problemes importants com hematomes i infeccions; a més, sovint produeix alteracions i dolor durant les relacions sexuals posteriors, a mig i llarg termini.]

2. Que les dones puguin triar lliurement el lloc i el model assistencial més convenient, d'acord amb les seves preferències:

- a. Opció de part fisiològic hospitalari.
- b. Opció de part domiciliari.
- c. Opció a centres de parts vinculats a un hospital.
- d. Opció a cases de parts.
- e. Opció a part medicalitzat dirigit.

INMA MARCOS MARCOS

Llevadora i Assessora de lactància d'Alba Lactància Materna

⁹ El pinçament tardà del cordó té com a resultat una transfusió de sang des de la placenta fins al nadó. El volum de sang transfosa pot variar segons el moment on es talla el cordó i la posició on es troba el nadó. Els estudis on els nadons es van col·locar damunt de l'abdomen de la mare, o al llit al costat d'aquesta, i el cordó es va pinçar només un cop va deixar de bategar han demostrat que aquests nadons tenien volums de sang un 32% més grans que els nadons als quals se'ls hi va pinçar i seccionar el cordó immediatament després de nascuts. La transfusió placentària obtinguda gràcies al pinçament tardà del cordó va ser d'un 80% passat 1 minut i es va completar gairebé amb totalitat als 3 minuts; això proporciona ferro addicional per a les reserves del nadó i redueix la freqüència de l'anèmia per dèficit de ferro a la infància. Vegeu OMS: *Care of the umbilical cord. A review of the evidence*. Geneva: 1998. Document complet: http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_98_4/index.html [consulta: 23 febrer 2006]. Sobre el pinçament del cordó: http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_98_4/MSM_98_4_chapter4.en.html [consulta: 23 febrer 2006]

POLITQUES I DÈFICITS EN SALUT REPRODUCTIVA

Des de fa 30 anys les secretaries de la Dona, hem reivindicat els drets sexuals i reproductius i la millora de la salut de les dones.

Hem estat presents en la lluita per la legalització de la contracepció, pel dret a l'avortament i en la demanda de la creació dels centres de planificació familiar que s'estengueren per tota Catalunya. També hem lluitat per la millora de la salut reproductiva incorporant en les reivindicacions de salut en el treball, de la millora del temps de cures, de la protecció de l'etapa reproductiva, i de la maternitat i la lactància. Aquesta lluita a continuat present a través de la reflexió de diferents associacions i de professionals i usuàries tant en el marc propi com juntament amb La Xarxa de Dones per la Salut, s'ha analitzat la situació actual de l'atenció, alguns d'aquests debats la Federació de Sanitat de CCOO els ha recollit en dos publicacions^{1 2}

Algunes de les reivindicacions pendents actualment serien: canviar la regulació del dret d'objecció de consciència i reivindicar una nova llei d'avortament que no culpabilitzi ni als professionals ni a les dones.

Reivindicacions pendents

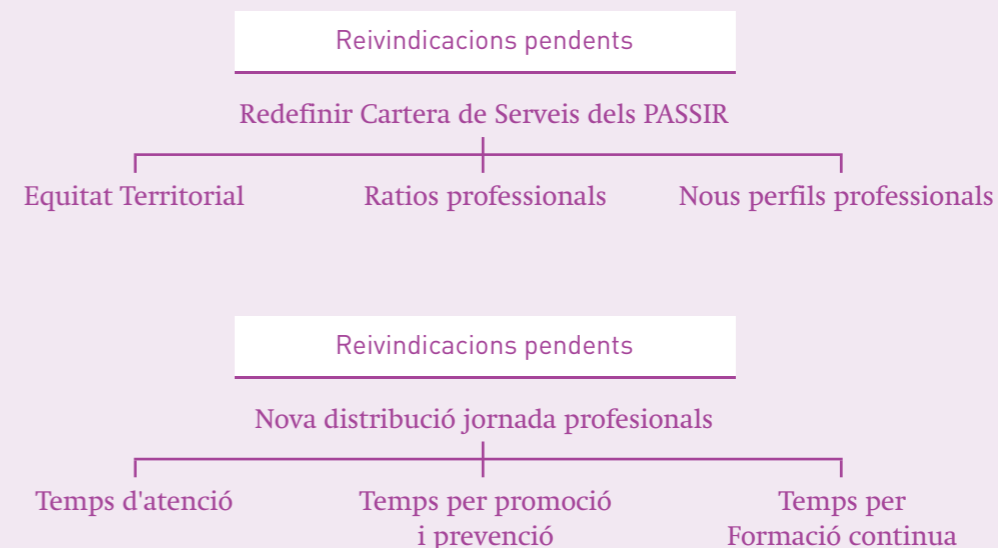
- Canviar la regulació del Dret d'objecció de consciència
- Reivindicar una nova llei d'avortament que no culpabilitzi ni als professionals ni a les dones

Un altre bloc important de reivindicacions és entorn els PASSIR (Programes de salut sexual i reproductiva) que des de Catalunya donen atenció. Els temes

¹ Atenció a la salut afectiva, sexual i reproductiva. Quina és la Realitat. CCOO Maig 2003

² Polítiques sanitàries i dèficits en Salut Reproductiva. CCOO Maig 2005

que pensem que queden pendents serien, per una banda, redefinir la cartera de serveis, millorant l'equitat territorial, ampliant el perfil dels professionals que hi treballen (seria urgent introduir en l'equip a psicòlogues i mediadores socioculturals), i per l'altra, millorar els ràtios professionals, que significaria més temps per l'atenció de cada pacients. Fent una nova distribució de la jornada dels professionals en la què s'implementi un terç de jornada per promoció de la salut i prevenció de malalties, un terç per atenció i un terç per formació continuada dels professionals.



Els PASSIR, haurien de tenir recursos per poder detectar i derivar el malestar de les dones produïts per altres causes no lligades directament a la salut reproductiva, com els malestars derivats dels rols establerts, o bé els patits per dones sotmeses a situacions de violència de gènere.

Altres consideracions PASSIR

- Detectar malestar de les dones produïts per altres causes
- Detectar dones sotmeses a violència de gènere

- Vigilància especial del respecte als drets sexuals i reproductius per a totes les dones.
- Universalitzar els programes de detecció precoç del càncer de pit, i continuar la detecció amb l'objectiu de fer arribar a tots els col·lectius de dones que viuen a Catalunya del Ca de Cèrvix.
- Atenció als processos naturals com l'embaràs, el part i lactància respectant la voluntat de la dona i les orientacions de l'OMS (Fortaleza)

CARME CATALÁN I PIÑOL
Secretària de la dona de la Fsc de CCOO

TAULA RODONA: L'ORGANITZACIÓ DE L'ATENCIÓ SANITÀRIA I SOCIOANITÀRIA I LA REPERCUSSIÓ SOBRE LA SALUT DE LES DONES

BIAIXOS DE GÈNERE DINS DEL PROCÉS D'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA

Els biaixos de gènere en el procés de l'assistència sanitària es manifesta en els següents aspectes del procés assistencial:

- **Escolta i valoració dels símptomes:** el 25% de les queixes i demandes

de les dones són considerades psicossomàtiques. Amb l'avaluació d'aquestes queixes, similars a les demandes masculines, són considerades més serioses. En les dones és habitual que en la primera visita s'administrin ansiolítics i antidepressius en un 30% de visites, abans de realitzar cap prova diagnòstica. Els símptomes d'infart de miocardi de les dones són diferents del dels homes i no són reconeguts per manca de ciència i de docència.

- **Sol·licitud de diagnòstics i la seva avaluació:** les proves analítiques clíniques estan basades en la morbiditat de predomini masculí. S'haurien de «normalitzar» els valors en les hematies, l'hemoglobina, i la ferritina perquè siguin inferiors en el sexe femení. I establir que es considerin «normals» els valors de TSH i PTH quan estan elevats entre les dones.
- **Vigilància de la salut laboral.** No es tenen en compte els riscos psicosocials i les sobrecarregues aparentment lleugeres de les feines de dones.
- **Realització del diagnòstic diferencial i prevenció de factors de risc de mortalitat prematura (càncer de mama, i de colon).** Desconeixement dels factors de risc que predisposen a aquets tipus de càncer, i absència de ciència i de docència sobre morbiditat diferencial. Manca l'abordatge integral de la salut mental i dels factors de risc que suposa el paper de la cuidadora i de la autoestima baixa.
- **Aplicació de tractaments.** Molts dels fàrmacs utilitzats habitualment no han estat investigats en població femenina, i si ho han estat els efectes diferents no són coneguts. Aplicació de teràpia hormonal substitutiva a la menopausa, sense recerca prèvia de bona qualitat. Deu anys després s'ha conegut que incrementen el càncer de mama i les trombosis i els infarts. Recomanació de la soja i les isoflavones sense evidència científica i sense explicar efectes negatius sobre l'absorció de minerals, i que en dosis altes també potencia càncer de mama.
- **Estratègies de prevenció i promoció de la salut.**

Els biaixos de gènere en la organització sanitària es manifesten en:

- No tenir en compte les desigualtats de salut per gènere, classe social i territori.
- Carteres de serveis d'atenció ginecològica desigual segons els territoris.
- Manquen protocols d'atenció per al diagnòstic de la morbiditat diferencial.
- Les desigualtats en salut no es tenen en compte per la elaboració del pla de salut.
- Les estadístiques no tenen en compte la morbiditat diferencial i per tant no es podrà tenir en compte en la informació sanitària dels propers plans de salut.
- L'excés de diagnòstic d'ansietat i depressió, no té en compte els condicionants socials de la salut mental.

Quins són els canvis que caldria fer per a una assistència sanitària sensible a la perspectiva de gènere?

- Fer més recerca sobre morbiditat diferencial, relacionant estrès, amb salut mental i salut física, i introduir més docència específica sobre problemes prevalents entre les dones.
- Fer l'organització sanitària més sensible als temes de gènere i crear espais que facilitin el diagnòstic (hores especials d'atenció per millorar les històries clíniques, més temps d'atenció, més sessions clíniques específiques, etc).
- Realització i aplicació de protocols consensuats de l'abordatge del malestar (cansament i dolor).
- Aportar i divulgar informació veraç i raonada de com i quan s'han de fer les revisions ginecològiques. Quan s'han de fer citologies per prevenir el càncer de cèrvix?

- Avisar que les mamografies a qualsevol edat no són innòcues. Les recomanacions actuals consensuades són cada dos anys a partir dels 50 fins els 60 anys.

Suècia pionera en l'anàlisi de les desigualtats de gènere a l'assistència sanitària

A l'any 2002 es constata que moltes de les desigualtats en salut per gènere observades als anys 90 encara persisteixen, i que l'accés a intervencions d'alta tecnologia coronària, encara és de predomini masculí. Per tant, crear un organisme per fer els serveis d'atenció sanitària més sensibles al gènere fa necessària una combinació d'estratègies amb guies i protocols¹.

Quines son les mesures més urgents a Catalunya per actualitzar la cartera de serveis amb perspectiva de gènere?

- Donar capacitat resolutiva als professionals de l'atenció primària i més temps per l'assistència.
- Consensuar protocols de diagnòstic diferencial del cansament i dolor.
- Investigació i docència sobre la diferència.
- Atenció integral. No separar cos i ment.
- Definir prioritats del sistema amb metodologia participativa i obrir la participació a les associacions i xarxes de dones i salut².

CARME VALLS LLOBET

Programa Dones Salut i Qualitat de Vida del Caps

¹ Jonsson et al. Gender equity in health care in Sweden-Minor improvements since the 1990s. Health Policy. 2006; 77(1):24-36.

² Valls-Llobet, Carme. «Mujeres Invisibles». 2006. Editorial de Bolsillo.

LA GESTIÓ SANITÀRIA I LA SEVA REPERCUSSIÓ SOBRE NOSALTRES

A l'any 1990 la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya va establir la separació entre les funcions de compra i provisió de serveis sanitaris. El Servei Català de la Salut (SCS) té des de llavors la responsabilitat de contractar serveis sanitaris i ho fa tant a la xarxa pública pròpia o sigui Institut Català de la Salut (ICS), com a la xarxa no pública.

L'any 1995 aquesta llei es va modificar parcialment i es va obrir la possibilitat d'establir contractes per a la gestió de centres, serveis i establiments de protecció de la salut i d'atenció sanitària i socio-sanitària.

Aquesta situació ve de més lluny quan, al moment de les transferències sanitàries (l'any 1981), es va començar a consolidar la xarxa hospitalària de Catalunya que cobria el 75% de llits d'hospitalització «aguda» (la resta corresponia al ICS). Aquesta xarxa era molt heterogènia en quant a propietaris i formes de gestió i així es va desenvolupar un sistema de provisió d'assistència sanitària mixta de gestió pública i privada.

Entre les iniciatives que van contribuir a aquesta consolidació hi va haver:

- La introducció d'un sistema d'acreditació de serveis sanitaris l'any 1981 (el primer d'Europa)
- La creació de la Xarxa Hospitalària d'utilització Pública (XHUP) l'any 1985
- La llei General de Sanitat l'any 1986, etc.

La progressiva consolidació de la XHUP es reflecteix en l'increment percentual del pressupost destinat a contractar proveïdors NO ICS. En el moment actual alguns consideren que aquest sector «concertat» quadruplica l'activitat de l'ICS i que això podria ser una de les causes principals de l'endeutament

públic actual del SCS, superior al d'altres comunitats en les quals no es dona aquest nivell de proveïdors privats.

No es pot deixar d'esmentar que s'han donat uns canvis econòmics al nostre país i a tot el món en el context globalitzador. L'any 1996 va començar a discutir-se el que després es va aprovar com a tractat de Maastricht, fonament de l'Europa de l'Euro. D'aquests nous enfocaments econòmics cal destacar l'acord subscrit pels governs europeus pel lliure tràfic de capitals i cal, també, mantenir un equilibri pressupostari amb un límit de l'endeutament públic en un 3% i el dèficit 0 en la despesa pública. No és el moment de discutir aquí l'utilitat d'aquesta i altres mesures d'aquest tractat però si ressaltar que les inversions privades en sanitat poden ajudar a substituir en part les inversions públiques i a que els nostres governs puguin fer inversions en altres camps mantenint el dèficit del govern a 0 i no augmentant l'endeutament. A mig termini és el mateix perquè és el departament de Salut de la Generalitat el que contractant l'assistència sanitària amb aquestes empreses, pagarà les inversions i els interessos.

La directiva Bolkestein, amb aquest o un nom canviat, és una conseqüència dels corrents que dintre de l'Unió Europea pugnen per privatitzar i per arribar a traslladar al mercat, sotmès a la lliure competència, tota activitat que produeixi un benefici econòmic. El pas per privatitzar les empreses productores de serveis sanitaris, ICS inclòs, pot ser més fàcil amb la gestió mixta.

A més a més, des de l'inici d'aquestes regulacions al nostre país i a molts altres s'ha pogut veure com la dependència dels serveis públics d'iniciatives privades ha encarat aquests serveis sense un augment de l'eficàcia. Contràriament al que es diu molt sovint, tot el que sigui públic no és ruïnós, i hi ha dades objectives en què diuen que els serveis públics, tot i els seus defectes, són més eficients, és a dir, que la seva feina és competitiva en quant a efica-

cia, i en quant a rendiment per la inversió efectuada. Només alguns detalls que poden ajudar a veure la competitivitat del servei públic és la reducció de l'IVA en les seves adquisicions, els tipus d'interès aplicat als préstecs concedits als ens públics, i la possibilitat d'aplicar mesures d'economia, que se'n diu d'escala per el fet que es tracta d'un únic i gran comprador, com el que fan tantes empreses capdavanteres en el desenvolupament del comerç.

El dilema entre despesa pública vers despesa privada en la sanitat és un dilema fals. Al final tots paguem la despesa sanitària de forma directa o indirecta. Als EUA gasten el 13% del PIB en sanitat. Quasi tot és despesa privada però ho paguen entre tots, uns amb diners de la seva butxaca i d'altres amb no cobertura. Més de 30 milions de persones no tenen la cobertura sanitària que aquí considerem mínima.

Un servei nacional de salut ha de reduir la despesa innecessària, el «malgasto». Si gestionem bé el PIB tindrem més cobertura, llits socio-sanitaris, atenció a la salut reproductiva, odontologia, etc.

L'obertura cap a la descentralització basada en la lliure competència en la provisió de serveis sanitaris ha portat al Regne Unit, després de 15 anys, a una situació de deute públic sanitari immens amb el conseqüent descontentament dels professionals sanitaris i una similar ineficàcia de l'atenció sanitària d'abans de la reforma.

Cal afegir al debat el tema del personal sanitari. Aquest que és un element fonamental format majoritàriament per dones i ha de dur a terme una labor molt peculiar. Mai no hi ha dos pacients iguals. El personal sanitari està obligat a tots els nivells, a aportar a cada persona que demana un servei i la resposta a les seves necessitats en concret. És per tant imprescindible que aquest personal estigui preparat, motivat i mantingui una actitud de servei al pacient. Desgraciadament el personal és la part més important de la

despesa sanitària i la que s'intenta mantenir controlada pressupostàriament moltes vegades amb contractes de diferents tipus, precaris molts d'ells. El nombre i tipus de personal per realitzar funcions similars poden variar dins de cada centre. Alguns exemples ens fan pensar que les institucions privades són especialment gasives en personal. L'estudi sobre les «Fundaciones» de Galícia ens dona un índex de menor personal als centres privats per exemple de 8.8 a 12.3 per metges, de 21 a 35 per infermeres, de 19 a 63 per personal no sanitari. Sabem que l'estalvi de despeses ha acabat amb l'estalvi de personal a altres països com Anglaterra.

Tot això ens porta a considerar que el moment actual aquí a Catalunya és crucial. Un decret de territorialitat vol repartir la gestió de la sanitat pública en 34 consorcis i hi ha en tràmit una llei (La Llei de l'ICS) que equipararà l'empresa pública ICS a les empreses privades que s'han acreditat com a productores de serveis per participar com a iguals en aquestes noves institucions territorials. És necessari obrir un debat i pressionar per aturar aquesta «nova gestió» de la sanitat. Aquesta nova llei facilitarà la conversió de l'assistència sanitària pública en una empresa més, sotmesa als imperatius del mercat sanitari. És crucial que s'aturi aquesta llei per evitar la desestructuració de l'assistència sanitària, una greu amenaça a la reforma tant necessària que hauria de consolidar un model sanitari eficient per a Catalunya.

MARTA CARRERA

De l'Associació Catalana per la Defensa de la Sanitat Pública

LES DESIGUALTATS DE GÈNERE I L'ORGANITZACIÓ SANITÀRIA

Segons la configuració d'aquesta taula hauríem de donar l'opinió a quatre preguntes. Contestaré a tres d'elles globalment, ja que al meu entendre, tant els serveis sanitaris com la cartera de serveis estan planificats independentment de si la gestió és pública o privada.

Crec que les diferències de salut entre homes i dones es deu a la desigualtat o a la falta d'equitat de gènere pel fet que les polítiques sanitàries no incorporen la perspectiva de gènere en els problemes de salut, com podem comprovar en el Pla de Salut.

A pesar que les dones representem el 51% de la població i és evident que tenim una esperança de vida superior a la dels homes, això no significa que gaudim de millors condicions de vida i de salut.

És evident que la salut de les dones és diferent de la dels homes, ja que hi ha factors de tipus biològic que tenen diferents implicacions en la salut, així com comportaments desiguals, però també és desigual ja que hi ha factors socials, culturals, estils de vida que perpetuen diferències entre la salut d'homes i dones. Les dones tenen taxes de desocupació superior a la dels homes, així com una major precarietat laboral, dediquen més del doble de temps que els homes a les tasques domèstiques, i són les principals cuidadores de les persones dependents. La falta de temps i la sobrecàrrega de treball sol associar-se a un número insuficient d'hores de són, poc exercici físic, la qual cosa fa augmentar els hàbits de vida no saludables. Tot això es va incrementant a mesura que el nivell socioeconòmic és inferior.

Sense un adequat enfocament de gènere no es podrà aconseguir la igualtat i l'equitat entre homes i dones, per la qual cosa serien necessàries les propostes següents:

- Fomentar la investigació tenint en compte la perspectiva de gènere (incloent assaigs clínics on participen les dones)
- El Pla de Salut ha d'incorporar indicadors sensibles al gènere
- Informar i formar els professionals en les polítiques d'igualtat i d'equitat per a incorporar la perspectiva de gènere als problemes de salut.
- Modificar els plans d'estudis de Ciències de la Salut incloent matèries que tinguin en compte la perspectiva de gènere.
- Fomentar polítiques de prevenció que permeten a les dones millorar el seu nivell de salut i la seva qualitat de vida, potenciant hàbits culturals i estils de vida diferents.
- És necessari potenciar polítiques de salut laboral que incloguin l'avaluació psicosocial, ja que hi ha riscos de salut i les dones generalment tenen treballs més monòtons, pateixen major assetjament sexual i moral amb un salari inferior i tenen menys perspectives de promoció que els homes.
- És necessari impulsar mesures de conciliació entre la vida laboral i familiar (les dones tenen el repte de conciliar la vida familiar amb la laboral i el seu desenvolupament professional, per la qual cosa això pot desencadenar en efectes negatius en la salut, per sobrecàrrega de treball i per pitjors condicions)

Les condicions laborals de les treballadores/ors poden influir en la qualitat del servei que es presta, i aquestes condicions si que són diferents en funció de si la gestió és pública o privada. Les majors diferències que afecten

més les dones, són les mesures de conciliació familiar amb la laboral, personal i familiar, amb major sensibilitat en el sector de gestió pública que en el de privat. S'haurien d'estendre aquests drets a tots els professionals del Sistema Sanitari com a mesura de millora, la qualitat de vida i la salut de les dones.

Tan sols l'abordatge de mesures efectives per part de les Administracions implicades des de la perspectiva de gènere podrà permetre acabar amb la situació de desigualtat i equitat que existeix en l'actualitat i que no es justifica en el segle XXI.

LUISA MONTES PÉREZ
Secretària Federació de Sanitat CCOO Catalunya

TAULA RODONA: SER DONA NO ÉS CAP MALALTIA! LA MEDICALITZACIÓ DE LA SALUT DE LES DONES

Introducció

Aquesta taula rodona aborda l'ofensiva medicalitzadora del discurs mèdic i de la indústria farmacèutica en vers la salut de les dones i la paradoxa de la falta de medicaments en els llocs i les malalties on sí son necessaris.

Les principals causes de la medicalització són la mentalitat de la ciència i dels professionals mèdics, la mentalitat dels pacients, i finalment la indús-

tria mèdica (farmacèutica, tecnològica, de la reproducció, etc).

1. Pel que fa a la mentalitat dels metges/metgesses i la ciència mèdica, cal dir que la medicina actual sorgeix com a resposta a la necessitat de fer front els processos patològics que amenacen la vida humana. És a dir, ha estat concebuda per fer front a les malalties. Però, si bé és cert que ha estat molt útil per als processos aguts, no ho ha estat tant per als processos crònics i gens, o gairebé gens, pel que fa a la prevenció de malalties. Tanmateix, una mena de mentalitat expansionista, l'ha portada a intentar donar resposta a la totalitat de l'espectre benestar/malestar de les persones. Per poder fer aquesta maniobra, és a dir, per poder intervenir en qualsevol procés biològic o emocional, primer cal que la transformin en malaltia.

2. La segona part implicada en el procés medicalitzador és el pacient mateix. Els pacients i les pacients pertanyem a la societat del consum, això és, estem preparats per consumir, (també quan es tracta de fàrmacs i serveis mèdics), i participem del convenciment de la capacitat guaridora de la medicina i, amb ella, creiem que els processos patològics i tots els malestars que ens afligeixen responen a un mal funcionament del nostre organisme i envers ell no hi tenim ni responsabilitat, ni la més mínima capacitat d'incidir-hi.

3. En tercer lloc, hi ha la indústria que dins aquest panorama actua com una mena de paràsit oportunista que aprofita la disposició dels uns (i especialment d'unes) i dels altres per desenvolupar-se. La indústria de la salut, amb la farmacèutica al capdamunt, basa l'estratègia del seu màrqueting en el fet que es presenta com a aliada de la medicina, fan veure que es preocupen per la salut, però la veritat és que es tracta merament d'una

indústria i com a tal els seus objectius són produir i vendre. S'aprofita de l'omnipotència mèdica que vol curar-ho tot, de la mentalitat consumista de la població i del rebuig inconscient que aquesta mostra de la mort, de la malaltia i de la imperfecció, i amb l'instint esmolat per aprofitar qualsevol negoci no té aturador a l'hora de magnificar els estereotips de gènere (pel que fa a la bellesa, al desig/instint maternal, etc.) Però la seva naturalesa veritable es revela davant el tercer món, on només és present per experimentar amb la població i on es mostra insensible quan es tracta de solucionar problemes que són al seu abast però que rebutja perquè no són prou lucratius des d'un punt de vista econòmic.

MARGARITA LÓPEZ CARRILLO
CAPS, MYS

EL NEGOCI DE LA SALUT DE LES DONES

«Medicalització és la forma en què l'àmbit de la medicina moderna s'ha expandit durant els darrers anys i que ara abraça molts problemes que abans no estaven definits com a entitats mèdiques.» Kishores

De publicitat, medicaments i miracles

Finalment s'ha començat a parlar fort i clar a diferents països sobre l'abús de medicaments a la societat actual, i sobretot entre les dones. Sortosament, perquè no es tracta de cap tema trivial. Afecta la nostra salut i pot arriscar les nostres vides.

Gràcies als escàndols, es comença a veure la medicina com un perill per a la societat. Se l'acusa de medicalitzar, és a dir, «d'haver generat una dependència que inhabilita els usuaris, de promoure necessitats fictícies, de disminuir els nivells de tolerància al dolor i al malestar, de desintegrar qualsevol possibilitat d'exercir una cura responsable d'ella mateixa» (Cechetto), d'ignorar moltes condicions que influeixen en l'estat de salut de la població i d'arriscar la salut ja que els procediments mateixos de diagnòstic i tractament sovint generen malalties. És el que als anys setanta Ivan Illich va qualificar de *vatrogènia*: «la medicina institucionalitzada amenaça la salut» assegurava al començament del seu conegudíssim llibre *Némesis mèdica*.

Els medicaments poden salvar vides, tothom ho sap. Però també arrabassar-la o provocar malalties greus, i això no ho sap tothom perquè no interessa que se sàpiga.

I tanmateix els donem poders gairebé màgics. Creiem que no val la pena que posem cura a la nostra salut perquè ja hi haurà un medicament que ens alliberarà de les conseqüències dels nostres mals hàbits o riscos. És cert que al món occidental l'esperança de vida ha augmentat uns trenta anys al segle xx, però només cinc d'aquests anys són gràcies als medicaments, els altres 25 són gràcies al desenvolupament i l'ampliació de les infraestructures de sanitat i d'higiene.

La medicalització fa que xacres ordinàries esdevinguin problemes mèdics, que símptomes lleugers es considerin greus, tracta problemes personals com a problemes mèdics i fa estimacions de prevalença per maximitzar mercats potencials.

Immergits en plena onada de medicalització, la indústria de la salut, formada per una extensa cadena de venedors de fàrmacs i tecnologia ha arribat al punt més àlgid de la història. Cada vegada es consumeixen més fàrmacs, amb o sense recepta, i cada vegada més, en nom de la prevenció i de la qualitat de vida, s'inventen malalties i se les difon fins crear la necessitat del producte. Als Estats Units, en nom del dret a la informació i a l'educació dels pacients, han aconseguit arribar amb publicitat directa fins i tot als consumidors de fàrmacs que es venen amb recepta, talment cotxes, els venen un munt de promeses positives però n'amaguen les implicacions negatives i el que pretenen és que els pacients influeixin en els metges.

Les estratègies publicitàries arriben al zenit amb l'anunci del producte promocionat per a una *nova* malaltia, *l'angoixa social*, el Paxil, anunci publicat a tota pàgina uns dies després de la caiguda de les Torres Bessones. «Milions estan angoixats», deia l'anunci de Paxil.

«Les campanyes publicitàries *educatives* han despertat la preocupació que les companyies farmacèutiques, que es dedicaven abans a buscar nous medicaments per a trastorns existents, ara busquen cada vegada més malalties per a medicaments que ja existeixen», va escriure Shankaar Vedantam al *Washington Post* el 16 de juliol de 2001.

Les empreses surten a buscar molècules *blockbuster*, capaces de generar un bilió de dòlars, com ara la THS, el Prozac o la Viagra. Però mentrestant, es dediquen al *mee too*, és a dir, a copiar productes semblants als que triomfen per aprofitar els preus tan cars de sortida de les novetats.

Les estratègies comercials estan conreant una cultura de la salut que atempta contra qualsevol intent sostenible de l'estat del benestar, ja que equipara el concepte de salut al de prevenció, medicació o tractament. Així,

dessagna les carns del sistema sanitari que, a la vegada, ha anat organitzant-se al voltant d'unes regles de joc marcades per l'acte mèdic que, més que escoltar, recepta. Fins i tot hem arribat a l'extrem que si un o una professional de la salut ens aconsella un canvi d'hàbits del tipus: menjar sense sal, caminar cada dia, reduir fregits i greixos o deixar de fumar, enlloc de receptar-nos un fàrmac per baixar la tensió o el colesterol, considerem llavors que no ens han atès bé i ens sentim, com aquell qui diu, estafades.

Ser dona, una patologia (i un gran mercat)

Les dones som el mercat essencial per als beneficiaris d'aquesta indústria que s'estén en cadena. Som un camp fèrtil que han adobat amb fruïció durant dècades, ens han promès panacees farmacològiques, ens han fet convèncer que els nostres processos fisiològics són patològics i que demanen assistència i control mèdic, i ens han fet creure en la nostra incompetència per gestionar la pròpia salut sense la tutela atenta d'un vigilant.

Els nostres úters misteriosos i poderosos i com controlar-los, incloent-hi els embrions, han estat motiu de fascinació i fantasies al llarg de temps (el mot histèria significava en grec *matriu*).

Han aconseguit el seu objectiu, que actualment ser dona sigui sinònim de patologia, de malaltia, de desajust, fins i tot de la ment. Hi ha una definició de malaltia i un remei per a cada moment i avatar de la vida.

I tanmateix, després d'anys de predicar al desert, les dones del moviment internacional de salut ens trobem en el millor moment: els escàndols destapats darrerament, com ara els resultats de l'estudi fet per *Women's Health*, sobre els perversos efectes dels tractaments hormonals per a la menopausa i la retirada del Viox (veieu Teresa Ruiz), entre d'altres, han fet que per fi el món es fixés en aquesta corrupció particular del sistema mèdic.

Ens medicalitzen el cos

Es medica la menstruació. Una medicació obsoleta i perjudicial. Ara en diuen factor de síndrome premenstrual (adolescents medicades amb la fórmula Prozac amagada sota un altre nom). Es medica el part, en nom de la seguretat (programat, induït, rasurat, amb episiotomia i quirúrgic). Es defineix com a sexualitat malaltissa si no hi ha disponibilitat permanent (en diuen disfunció sexual femenina). I el cercle es tanca quan es defineix la desaparició de la menstruació com a malaltia: deficiència d'estrògens que dura fins a la mort (menopausa i postmenopausa), i d'aquesta manera s'han permès de medicar milions de dones durant anys en nom de la prevenció i la joventut, però el que han fet és provocar-los greus malalties, i fins i tot la mort. Les afectades han estat a milers (veieu el resum estudi WHI sobre hormones a la menopausa).

I la ment

També ens mediquen per tenir ments de dones, tal i com ens veuen els ulls estereotipats de la medicina androcèntrica.

Les dones consumim el doble de tranquil·litzants i el triple d'ansiolítics. Ja se sap que *els nervis* ens traeixen.

Com que no s'entén la salut com un fet integral i no s'hi té en compte el factor de gènere, les queixes i els malestars de les dones s'entatxonen normalment en grans calaixos de sastre on tant és una dona estripada per la violència a casa, com una altra de descosida perquè es troba a l'atur o d'una d'exhausta per la doble càrrega familiar i laboral, o una de vídua pobra i sense sostre. A totes: psicotròpics, en primer lloc. El consum d'antidepressius a l'estat espanyol va augmentar entre el 1995 i el 2002 un 56%, es va passar de 7,2 milions d'ampolles a 21 milions.

El consum d'ansiolítics ha augmentat un 90% durant els darrers anys, sobretot per tractar l'insomni i l'ansietat. S'hi utilitzen benzodiazepines de mitja vida que actuen al sistema nerviós central amb risc d'addicció i de dependència psicològica: si es deixen de prendre, els símptomes poden reaparèixer.

Encara que hi ha molts tractaments no farmacològics per evitar l'insomni i l'ansietat, aquests no arriben mai a oferir-se com a alternativa. La seguretat social tampoc està organitzada per derivar els recursos, que actualment ofereixen els fàrmacs, cap a teràpies alternatives i de promoció de prevenció en salut. Segons l'Agència Espanyola del Medicament (AEM), entre els motius que expliquen aquest increment, se'n destacarien: les grans diferències entre els criteris de prescripció facultativa, la medicalització del patiment humà i dels problemes socials i una exagerada i agressiva promoció que en fa la indústria.

Un altre factor que ens situa al bell mig de la diana de la indústria és la nostra longevitat i que, durant molts anys, podem arrossegar doloroses malalties cròniques sense que ningú n'estudiï les causes. I un altre paper que tenen en compte és que les dones s'encarreguen dels altres, van a comprar i controlen els medicaments de tota la família.

LEONOR TABOADA
Directora de la revista MYS

LA PANACEA DELS PSICOFÀRMACS

Què tenen els psicofàrmacs que els entenem com a salvadors de tots els nostres malestars? De vegades em pregunten: «tu fas receptes?» «em podries prescriure aquest medicament?». I quan els explico que no faig receptes, que la meva funció com a psicòloga és escoltar el que diuen del seu mal perquè conjuntament el puguem entendre i buscar estratègies per solucionar-lo, no sempre semblen gaire animades amb el meu aclariment. Es podria dir que em miren amb escepticisme, decebudes i poc confiades amb l'alternativa de buscar plegades el seu benestar mitjançant la paraula i l'escoltar. Però després, elles mateixes demanaran més sessions de psicoteràpia, més temps per ser als grups, més espais per reflexionar. Però la realitat és que els psicofàrmacs formen part de les noves tecnologies, de les pràctiques terapèutiques que més volen incidir sobre la salut mental de les dones.

Els psicofàrmacs a què faig referència també s'anomenen psicotròpics. Actuen sobre el sistema nerviós central per produir efectes que n'alteren els estats mentals, sobretot els emocionals, i per això produeixen trastorns en la conducta. Es prenen principalment per dos efectes importants: com a sedant i com a estimul·lant. Els que més prenen les dones són els que actuen com a tranquil·litzants.

La conclusió dels estudis sobre prescripció de psicofàrmacs és sempre que la relació entre homes i dones receptats amb tranquil·litzants és de dos a u, és a dir, hi ha el doble de dones que en pren. Les xifres indiquen que entre les dones de 18 a 29 anys, el 12% utilitza tranquil·litzants, entre les de 30 i 44 anys, el 21% i la xifra s'eleva a 25% en les dones majors de 60 anys. El problema de la medicalització s'agreuja a mida que les dones es fan grans.

Com és, doncs, que es recepta tan abusivament? Una de les arrels del problema té a veure amb la manera com es fa l'assistència mèdica, que tendeix a no escoltar prou bé el/la pacient, això fa que no s'arribi a comprendre del tot el veritable origen del problema, motiu de consulta, i per això es recorre de forma estandarditzada a la prescripció del medicament. Si es tracta de dones, la prescripció passa per tranquil·litzar el malestar amb els psicofàrmacs.

Fa uns dies una dona m'explicava: «Feia dies que estava cansada, em trobava desanimada, abatuda, sense ganes de fer res. Llevar-me als matins era cada cop pitjor, un calvari. Em costava concentrar-me i estava febroserca. Vaig decidir anar al metge. En vaig sortir encara pitjor, ni em va mirar, em va fer unes preguntes que només podia contestar amb monosíl·labs, em va renyar perquè va considerar que prenia massa analgèsics, va xiuxiuejar alguna cosa sobre depressió i em va fer una recepta per tractar-la. Després de pensar-hi, vaig arribar a la conclusió que jo no estava deprimida sinó només molt cansada. Vaig demanar que em canviessin el metge. Aquesta vegada va ser més considerat: em va comentar que el millor era descartar qualsevol trastorn orgànic i em va demanar de fer unes anàlisis generals. Després de dues setmanes ja tenia la resposta del meu cansament: es tractava només d'una anèmia.»

Les dones són el principal grup consumidor de psicofàrmacs. Els laboratoris que els produeixen dirigeixen la publicitat a aquest grup. Dues terceres parts de la població utilitza tranquil·litzants. Entre els psicofàrmacs, les benzodiazepines (ansiolítics, sedants), són les que més es recreen. Moltes dones confessen que continuen prenent aquesta droga diàriament durant un o més anys. Aquestes usuàries cròniques tenen el risc potencial més alt d'experimentar els efectes adversos de la droga.

Els medicaments que s'agrupen sota el nom de benzodiazepines es considera que no causen addicció, però els estudis fets indiquen que qualsevol persona que els prengui, encara que siguin dosis molt petites, durant més de tres o quatre mesos, corre el risc de tornar-se fisiològicament addicte.

Les benzodiazepines actuen sobre el sistema nerviós central, i tenen efectes col·laterals no desitjats, els més freqüents són: somnolència, visió borrosa, manca de coordinació i malaptesa motriu, dificultat en la concentració i memòria, humor depressiu, irritabilitat, canvis en els hàbits de les hores de son, etc. De vegades passa que se n'esmoreeixen els efectes, pot haver-hi disminució del desig d'iniciar o mantenir contactes socials i pèrdua de motivació.

En situacions perilloses en què es demana reflexos ràpids, la passivitat que s'associa amb aquests efectes pot ser contraproduent. Ho he observat sobretot en el cas de dones amb maltractament que prenen tranquil·litzants i que tenien dificultat per allunyar-se de la relació abusiva de maltractament, a més de la manca de reflexos per evitar els cops, s'hi afegeix la dificultat per pensar amb claredat i per poder trobar respostes més favorables de la seva situació.

És un fet confirmat que l'estat de salut millora quan la persona afectada té la possibilitat de comunicar la seva experiència dolorosa a algú que s'hi interessi i que l'entengui. Tot i així, el tractament mèdic a penes contempla aquesta possibilitat, sobretot perquè els professionals no tenen gaire temps per escoltar les pacients, i encara que se'l prenguessin, els faltaria el coneixement necessari per comprendre el llenguatge dels sentiments. Es podria pensar que la causa d'això rau en la por a veure ressorgir les pròpies emocions i, malauradament, aquesta por es combat massa sovint afartant les pacients de medicines.

Fa uns dies una dona m'explicava el seu cas amb la seva metgessa. Aquesta dona té reumatisme i artrosi i va anar a buscar la medicació del tractament. Feia uns dies que estava molt preocupada per la salut de la seva filla que havia patit un infart cerebral. La doctora li va demanar què li passava i ella li ho va explicar. Mentre ho explicava va posar-se a plorar i la doctora li va escriure llavors una nova recepta. Era un tranquil·litzant. La dona no en volia, de calmants, volia mantenir-se prou lúcida per poder tenir cura de la seva filla i és clar que estava trista, preocupada, angoixada, enfadada, per tot el que li havia passat a la seva filla però no volia que la convertissin en una enze.

A més a més dels efectes col·laterals, hem de tenir en compte el greu problema de la dependència quan s'ha establert una relació de confiança amb els tranquil·litzants en l'activitat quotidiana, llavors fa l'efecte que sense ells no se sap com afrontar els imprevistos.

L'altre problema també greu és el dels efectes per supressió de la droga: síndrome d'abstinència. Superar el síndrome suposa un treball difícil i dolorós i molt poques vegades se'l pot superar sense l'ajuda d'un professional. Els símptomes del síndrome d'abstinència poden incloure: ansietat, hiperactivitat psicomotriu, sentiments de pànic, símptomes físics com ara tremolors, sudoració exagerada, nàusees, i també distorsions de la percepció, idees persecutòries, i sensació d'estranyesa corporal.

Dient que les dones som les principals consumidores de psicofàrmacs, constatant que les dones fan un ús abusiu, injustificat i impropis dels psicòtrops (ús igualment injustificat en el cas del sistema mèdic que els prescriu), amb això només enunciem el problema, i ara ha arribat el torn de fer-nos-en les

preguntes: el nombre de trastorns mentals és major en dones que en homes? Les taxes més elevades d'ansietat i de depressió en dones són el resultat d'un estereotip sexual, o de la seva posició social desavantatjosa, o per culpa d'una major vulnerabilitat biològica? Quina relació hi ha entre el gènere de les dones que són normalment les agents de salut de la resta de la família i, consegüentment, mantenen més contactes amb metges, amb la major prescripció de drogues psicòtropes? Aquestes i moltes altres preguntes són les que ens hem de fer per poder explicar perquè les dones integren el grup humà que pren més tranquil·litzants. No es tracta de justificacions, però hi ha d'haver moltes coses a la nostra societat que no acaben de rutllar quan una de cada deu dones adultes necessita drogar-se per fer front a la vida diària.

Com s'intenta solucionar el malestar de les dones?

Un dels efectes de la situació és que quan la dona arriba a la consulta mèdica, se la veu com un problema, i la droga prescrita ha de ser-ne la solució. Més que buscar les causes que originen els símptomes, s'ofereix una droga per silenciar-los ràpidament. Si s'escolta amb atenció les dones i s'investiga amb detall la vida quotidiana, podem atansar-nos a d'altres diagnòstics i a d'altres pràctiques.

Una dona que patia crisis d'ansietat amb atacs de pànic, explicava la seva experiència amb els fàrmacs: «el subministrament de fàrmacs interferia en els meus processos mentals i em suscitava una sensació d'amenaça, de perill, perquè tenia por que m'afectessin els pensaments i la meva identitat. Em sentia que tractaven el meu símptoma però que no m'estaven tractant a mi.»

Emilce Dio Bleichmar, assenyalava com n'és d'important que les dones comencem a prendre distància del nostre plany i que ens fem càrrec del risc i de la responsabilitat de pensar, reflexionar i proposar una revisió de les prioritats necessàries per enunciar, finalment de manera assenyada, les noves patologies de gènere.

Tenint en compte aquesta perspectiva, estudioses del tema proposen els punts següents per millorar la política sanitària:

- a) Plantejar una idea més actualitzada i més apropiada de les nostres necessitats reals, segons criteris basats en el procés de salut/malaltia, ja que el criteri actual encara aborda -a l'estil tradicional- els problemes com ara l'ansietat, la depressió, l'angoixa amb fàrmacs «reguladors del sistema nerviós central».
- b) Un canvi d'actitud per millorar l'aprofitament dels nostres recursos ja que comptem amb professionals amb prou capacitat i formació que poden ampliar els criteris tradicionals per tractar aquestes problemàtiques (per exemple, prevenció i promoció de la salut mitjançant diferents tècniques de grup, comunitàries, etc.), és a dir, recursos que no es basin exclusivament en els medicaments.

Emilce Bleichmar, puntualitza, «per a nosaltres, les dones, implica posar en pràctica un imperatiu ètic: cadascuna s'ha de responsabilitzar de si mateixa»

I això ho podem concretar amb algunes estratègies que ens permeten participar críticament de les decisions que es prenen a l'entorn de la nostra salut:

- 1) Activar recursos personals sense adscriure'ns rígidament als rols que se'ns assignen perquè això augmenta el risc d'emmalaltir.
- 2) Manifestar mecanismes de resistència, qüestionar-nos o rebutjar la

ingestió dels psicofàrmacs prescrits.

- 3) Ajudar-se una mateixa mitjançant un coneixement més gran de la pròpia persona incloent-hi el cos.
- 4) Informar-se i desactivar el poder de la medicina.

D'aquesta manera podrem prendre de nou el coneixement dels nostres mals, afectes i desitjos sense haver-los de mitigar amb els psicofàrmacs. Es tracta d'una proposta des d'una perspectiva més «bio», «psico» i social, i també política, que estableix les relacions de causa amb l'ordre de determinacions que les sustenten.

MARÍA JESÚS SORIANO

Psicòloga clínica
CAPS, EL SAFEREIG

Bibliografia

- El malestar de las mujeres la tranquilidad recetada*. Mabel Burin, Esther Moncarz i Susana Velézquez. Edit. Paidós
- Estudio sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental*. Mabel Burin y otras. Edit. Grupo Editor Latinoamericano -Colección Controversia-
- Dos para saber dos para curar*. Hipatia. Edit. Cuadernos inacabados
- «Fármacos en vez de conocimientos», dins *La madurez de Eva*, Alice Miller. Edit. Paidós.contextos.

L'ALTRA CARA DE LA MEDICALITZACIÓ, NO PODER ACCEDIR ALS DRETS

«Benvolgudes amigues. Benvolgudes dones. Benvolgudes feministes. Companyes:

us escric per ser, per uns instants, una de vosaltres. Perquè obriu els vostres cors a la nostra presència que han fet invisible. Us escric des del meu país. Un territori llunyà ple de colors, ple de muntanyes màgiques i de llacs blaus. Us escric des d'allò que vosaltres anomeu sud. Us escric des de l'absència. Us escric acompanyada dels meus ancestres que avui són ocells de plomes vermelles, grogues, taronges. Us escric amb l'ansia que dona sentir-se a prop, tan a prop com em deixeu. Us escric perquè em moro. Em moro i vull que la meua mort sigui real per a vosaltres i no només un número. Vull que la meua mort sigui l'esperança. Que entre nosaltres, entre les restes de saviesa que ens queda, hi hagi la dignitat de sentir-nos properes i de no quedar-nos indiferents davant del que s'acosta. Us escric per explicar-vos l'altre costat. L'altra història. L'altra vida.

La meua família ha mort de fam, de còlera, de malària, de diarrees, de parts dessagnats, de guerres per petroli o diamants. Ara la meua família mor de sida.

No tinc accés als tractaments que frenen la progressió de la sida. No tinc accés al tractament que diuen que fa que la sida sigui crònica (i no mortal). L'únic que és crònic és l'abandonament que els països del nord mostren vers nosaltres les pobres del món. Tal volta la meua sort és que no tinc efectes secundaris...

No tinc accés a un hospital digne on les grans multinacionals farmacèutiques inverteixin en formació, laboratoris i una assistència millor per als seus clients. No tinc cap metge famós que viatgi per tot el món i em porti, com si fos un conill d'índies, un medicament amb un estudi sota el braç que digui com n'és de bo (i de car).

Seré conill d'índies d'aquell que ve a provar la seva màquina de salvar europeus, res més. Seré la parcel·la on les multinacionals faran negoci amb la meva esperança. Em donaran pastilles uns quants dies perquè el meu fill no emmalalteixi i, orfe, pugui morir de pena i gana, però no de sida.

He de caminar dotze hores per anar al meu hospital. Potser tindrè sort si una multiexplotadora farmacèutica prova la seva medicació al meu país i durant un any em donen el seu beuratge i una bossa de menjar. Camino per no morir-me aturada. Potser el moviment sembla que m'acosti a una mort més digna. No és així.

No volem solidaritat, ni cooperació. Volem l'accés als tractaments. Parlo amb d'altres dones, ens ajudem, anem per totes les places explicant a totes les dones que som germanes de sang i de resistència. Que ens enfrontem a un virus i a la perversitat del sistema, però que ens hem d'organitzar i fer aliances perquè ens sentin d'una vegada i perquè les nostres filles puguin decidir. Decidir, perquè és d'això del que tracten els drets.»

«Benvolgudes germanes, vosaltres que podeu decidir. Feu-ho.»

El 90% de la població no té accés als tractaments antiretrovirals

Sobre la resistència

Les dones s'estan infectant sobretot perquè complir amb el manament de gènere et fa ser part del risc d'infectant de VIH (el paper de les dones en la sexualitat, l'accés als mitjans de prevenció, la negociació del condó, la violència, en definitiva: poder). L'estigma i la discriminació de la sida i el fet a poder accedir al tractament, fan que l'epidèmia de la sida prengui una magnitud importantíssima: el preu de la vida la determina Abbott, Merck, Roche, Bristol-Myerskline, Gilead, Glaxsmithkline, el Banc Mundial, el tractat de lliure comerç, i un llarg etcètera.

El dret a la salut/vida el determinen directament les multinacionals farmacèutiques i sobretot les institucions (transnacionals i els governs dels països rics) que han optat per mercantilitzar les vides de les persones: posen entrebancs als genèrics, a l'abaratiment dels tractaments, etc.

Els acords internacionals, que fan aliances i signatures de compromisos d'ajudes econòmiques, són l'escenari ideal per a la hipocresia. L'epidèmia de la sida és una emergència dia rere dia i la mobilització política, econòmica i social és molt per sota del necessari. Els morts diaris, no per culpa de la sida, sinó per manca de tractament adequat representen el mateix nombre de víctimes que molts altres tifons i huracans que, esdevinguts fenòmens mediàtics, produeixen grans mobilitzacions.

La recuperació de la memòria històrica atorga sentit a la important tasca que encara queda per fer-hi.

1996: el govern del Brasil comença a oferir antiretrovirals als ciutadans.

1997: el govern de Sud-Àfrica comença a treballar amb genèrics i a controlar el preu dels medicaments. Hi poden accedir dones embarassades.

1998: les empreses farmacèutiques anuncien demandes contra aquestes mesures. Els EUA amenacen Sud-Àfrica amb sancions si continua controlant els preus dels medicaments. Un mes després Sud-Àfrica suspèn, sense donar explicacions el programa d'accés a aquests medicaments.

Des del 1998 hi ha programes específics que faciliten l'accés a determinats països als tractaments, però són del tot insuficients i molts d'ells estan controlats directament per les empreses.

Però, els temes d'accés als tractaments es discuteixen a les esferes dels tractats de lliure comerç, on els protagonistes són els interessos econòmics dels governs i de les empreses, i on les patents gaudeixen de propietat intel·lectual durant vint anys? El món pot esperar vint anys? Els pobres i les dones sembla que sí.

La mobilització necessita més aliades, els moviments feministes (i les associacions) haurien de plantejar la seva implicació, i si realment es volen involucrar més en la creació d'estratègies per reduir l'impacte d'aquest genocidi. Com? Generant i participant en xarxes internacionals, estatals i locals, mobilitzant la comunitat d'àmbit local. Utilitzant sistemes jurídics que promoguin el dret a la salut. Millorant els coneixements sobre els diferents tractaments. I pressionant els governs locals perquè l'accés als tractaments s'inclogués dins la seva agenda i pressupostos.

Aquests reptes són un breu esbós sobre l'altra cara de la medicalització: d'aquells que no en tenen accés quan de debò la necessiten.

MONTSE PINEDA
Creació Positiva

VIDEO FORUM: CORBES GRACIOSES KITI LUOSTARINEN

«Per a una dona, el cos és encara un enemic, no una llar»

Presentació de la pel·lícula

La pel·lícula presentada es de la directora i guionista finlandesa Kiti Luostarinen, produïda al 1997. Es tracta d'un assaig personal sobre el cos de les dones i els conceptes que aquest allotja. La directora amb sentit d'humor i des d'un punt de vista molt personal expressa les seves idees sobre la convivència de les dones amb el seu cos. En el documental treballen dones de totes les edats i talles. Es troben reflectides dones joves, nenes, adultes i grans. Amb això ens vol parlar del concepte del cos femení en total, sense cenyir-se a una etapa en concret.

Son imatges per a la reflexió, una finestra al pensament i a l'anàlisi, molts cops metafòric.

La directora diu que s'ha fet un pas enrere a la concepció del cos femení respecte a les generacions anteriors. Abans importava tenir un cos sa, ara això s'ha desplaçat cap a tenir un cos bell, entenent la bellesa com a sinònim de joventut i d'estar prima.

Al documental es fa una reflexió sobre el pas del temps, el seu significat i el paper de la nostra cultura per preparar-nos per a aquest viatge.

Sinopsi de la pel·lícula

Corbes gracioses és un documental molt peculiar. Es tracta d'un assaig personal sobre el cos de les dones i els conceptes que aquest allotja. Són imatges per a la reflexió, una finestra al pensament i a l'anàlisi, molts cops metafòric.

Amb un afinat sentit del humor i un punt de vista molt personal, la directora expressa les seves idees sobre la convivència de les dones amb el seu cos. Més de 50 dones de totes les edats i talles cedeixen la seva imatge tot convertint-se en els objectes d'estudi d'aquest particular assaig filmic, que conté moments d'una qualitat poètica captivadora.

Anàlisi teòric

La dona en el transcurs de la seva vida, va recorrent un camí en el qual cal anar travessant molts canvis: la regla en l'adolescència, engreixar aprimar, marques en el cos, augment de mama i panxa en l'embaràs, absència de la regla en la menopausa, aquests canvis interns uns, i externs altres influenciats aquests per qüestions estètiques valgudes en la societat actual, situen a la dona en un lloc en el qual moltes vegades no aquesta preparada psíquicament per a adonar d'això.

L'adolescència és un període de grans canvis, tant a nivell corporal com psíquic-emocional, ple de contradiccions així veiem una adolescent sensual amb un Cos provocador la vestimenta del qual avala aquestes noves formes i d'altra banda la veiem a la mateixa jove en actitud infantil.

En la infantesa, no s'ha desenvolupat durant segles els noms ni les funcions de les seves genitals àdhuc avui aquesta informació sol arribar tarda o tergi-versada. La moral imperant, l'ordre religiós i cultural han silenciado el desenvolupament físic i sexual de les nenes, fins al punt que moltes van creure que s'anaven a dessagnar el dia de la seva primera menstruació ja que ningú els havia explicat el que els succeiria (Sara Berbel).

La regla, una de les qüestions que la signifiquen com dona ha estat relacionat amb el ocultismo, com un tabú, associant prejuiciosamente aquest procés i el cos de la dona com una dualitat enigmàtica, algunes vegades diabòlica.

És així com en nom d'idees supersticioses, s'aparta a la dona del grup, no la hi deixa manipular determinats productes, allunyant-les de determinades tasques, actitud que en els nostres dies cobra evidència en verbalizaciones tals com: aquestes enutjada o nerviosa, segur aquestes amb la regla.

Intentant situar aquest esdeveniment femení en el seu lloc, sabem que mes allà de les molèsties, que sol causar, les menstruacions un procés biològic revestit d'aspectes emocionals, sobre el qual es construeixen qüestions diverses, tals com mites, prejudicis, etc. donant-li una interpretació que determina l'autoritat del moment, així en nom de sap que van ser cremades dones nomenades bruixotes en molts moments històrics, o cridades histèriques insatisfetes en l'actualitat.

Hauríem de reflexionar sobre com el cos de la dona és atacat constantment, en un intent de discriminar-lo novament.

Altres temes que preocupen són el triomf del cos, és especial dels cossos juvenils i és en aquesta imatge de la qual es fa eco la moda i la publicitat. Així vam assistir avui veient imatges d'adolescents anorèxiques, o cossos de dones que ja no són joves que en un intent d'emascarar els anys recorren a cirurgies o modelament del cos, etc.

I el que C. Pera denomina cossos textualizados, en la superfície dels quals s'ha escrit un grafiti i en combinació amb dibuixos i pintures exhiben tatuatges i piercings.

En el món occidental el cos femení s'ha convertit en una icona cultural omnipresent.

La recerca d'una perfectibilitat corporal ha obert el camí a la progressiva cultura de la modificació del cos en bastants ocasions dut fins a les seves últimes conseqüències des del adelgazamiento obsessiu que pot concloure en una anorèxia, el remodelat muscular en els gimnasos, fins a les restauracions, correccions i transformacions que afecten la imatge estètica de la dona (C. Pera).

La publicitat amb els seus models de talles petites de joves raquíiques més properes a una imatge tuberculosa que saludable, estimulen un ideal de dona, molt difícil d'arribar a allunyada de la dona quotidiana, i és en aquest intent on la dona comença el seu recorregut per dietes, gimnasos, clíniques de adelgazamiento, productes adelgazantes, transformant així cossos sans en cossos esclaus de la moda, convertint els missatges publicitaris en dictats on la dona es convenç que alguna

cosa li falta o alguna cosa li sobri però en cap cas la hi relaciona amb el propi cos sinó la hi distancia fent que el seu cos sigui viscut com una mica desagradable.

Els cossos són diferents com són diferents l'herència, la genètica, els esdeveniments viscuts, la història familiar, al rebutjar el nostre cos amb les seves significacions rebutgem la nostra pròpia història, la nostra individualitat, allò que ens fa distintes i úniques.

Altres moments en la vida de la dona són la maternitat, i segons sigui viscuda serà una de les etapes més felices de la seva vida o al contrari un moment de molts conflictes. Influxen en ella la significació que l'ésser mares tingui per a cadascuna, la relació amb el seu cos, amb la seva mare, així com l'educació, l'entorn social, el desig de ser mare o no.

La maternitat comprèn un fet més ampli que el merament biològic de tenir un fill/a, implica un moment psíquic i emocional determinat generant conductes de cura, protecció i preservació de la vida.

La dona no ha de ser apartada de la seva decisió sobre el seu embaràs, part i lactància materna, perdent el control sobre el seu propi cos, ha d'implicar-se en totes les decisions.

L'avanç de la ciència ha permès a moltes dones complir els seus desitjos de maternitat encara que per a això hagin de travessar un acte mèdic quirúrgic.

Però... fins que punt una dona pot comprometre el seu cos i oferir-lo en absolut silenci? Acceptant els avanços científics, la dona ha d'interrogar-se si desitja ser mare a qualsevol preu.

Els avanços que la medicina ens oferix amb tantes possibilitats, d'engrandir, acovardir, hormonar, embarassar, silenciament el desig de la dona, homologant-la a una dona de moda, fent-la creure que la dona ideal existeix, mes allà de la biologia, de la salut i del pas del temps.

La menopausa és altre dels moments que interrompen en la vida de la dona, marcada no solament pels trastorns físics que solen apareixen, sufocacions, augments de pes, sinó per la seva significació, la pèrdua de la regla indica que ha arribat a la seva fi l'època de la fertilitat.

Com tota etapa serà viscuda d'acord a com hagin estat travessats els anteriors moments, del satisfeta que aquest amb la seva vida, dels projectes que encara tingui per complir, com hagi viscut la seva maternitat, la seva sexualitat... novament vam ressaltar que no és una malaltia, sinó un cicle que acaba i comença altra etapa.

Aquesta etapa ens recorda, que ja no tindrem el cos tan esplèndid, però que podrem gaudir de la nostra sexualitat, sense temors a un embaràs, si bé és cert que la pell es resseca, els cabells no tenen la lluentor ni la teixidura d'abans, és necessari anar adaptant-nos a aquest nou moment.

Els fills es van, hi ha més temps per a una, els projectes que van anar potser postergats ara es poden reprendre.

Vivim una època en la qual l'efectivitat, rapidesa, competitivitat, assoliment immediat, èxit, joventut i bellesa estan a l'ordre del dia, no és difícil així sentir-se fracassada, veure el cos enfront del mirall i desesperar, per aquest motiu l'ansietat, l'estrès, l'anorèxia, depressió, fibromialgia, seran la cara visible de tanta exigència, així ens ho diu L. Vacarezza.

La dona ha d'interrogar-se, a de buscar un lloc per a la paraula, no callar els seus símptomes amb un medicament.

L'envelliment no és un procés que pugui comprendre's des d'un únic prisma, hi ha matisos, no és el mateix envellir en un lloc del món que en un altre, envoltat de persones volgudes que aïllada, amb projectes o sense entusiasme, tampoc és el mateix estant en un país desenvolupat amb accés a la cultura i serveis de salut.

S'intenta igualar a les persones majors en un concepte de deterioració, perduda i dependència, així no es preval la diversitat d'aquestes persones ni les seves experiències vitals, les hi condemna a la invisibilitat.

A les dones majors se'ls fa difícil acceptar les transformacions del seu cos ja que totes les dones han de ser joves i belles.

Debat i reflexions

El cos de les dones, en la nostra cultura, s'ha problematitzat. La societat patriarcal ha imposat a les dones un cànon de perfecció corporal que s'intenta imposar com l'únic desitjable. L'omnipresència d'aquest model condiciona la percepció i valoració del nostre cos.

La directora reivindica el cos com una llar personal, però la nostra cultura no té la mateixa concepció sobre el cos, i moltes dones no tenen el seu cos com una llar més be com un enemic.

La nostra cultura ens diu què hem de fer quan son nenes o joves, però no

quan ens fem grans. Les dones de mitjana edat o les dones grans son invisibles en els mitjans de comunicació audiovisuals.

Existeix una falta de sincronia entre el cos i l'ànima, ja que mentre el cos es va fent vell l'ànima està àvida de noves experiències i sensacions.

Cal reivindicar el cos com a símbol d'identitat, de la nostra història personal, com a pissarra on les nostres vivències s'escriuen per no ser esborrades mai més.

Cal promulgar una educació sobre la convivència amb el propi cos, aquests coneixements s'han de transmetre de mares a filles, i entre les mateixes dones.

L'activitat del videoforum va fer acostar a la sala unes 50 dones de totes les edats pero majoritaremment noies al voltant dels 20-25 anys.

El documental va agradar moltíssim i va permetre obrir un debat llarg i molt enriquidor.

Molts dels comentaris feien referència als diàlegs que com a filles tenen amb la mare sobre l'acceptació del propi cos valorant-les elles com a filles més enllà d'un cos amb arrugues, més corbes...les fites a nivell intel·lectual, efectives...al llarg de la seva vida.

Altres comentaris, aprendre a fer-se gran, acceptar el cos i gaudir-nen.

Hem de exigir al nostre sistema de salut una atenció integral en la menopausa que inclogui la salut física, emocional i social.

«Estàvem tan entretingudes amb la vida estressant, capbussades en els mül-

tiples rols de la cura, la feina, el cos, les relacions, la política, els aspectes lúdics, que no ens vam adonar dels anys que anàven passant, fins que un rellotge social –la menopausa, les arrugues, la pre-jubilació, etc.– ens va indicar que la vida és breu i que ja n'haviem consumit una part, de manera força inconscient. Vam comprendre, aleshores, que havia arribat el moment de prendre'ns seriosament a nosaltres mateixes i de fer aturar una estona la sinya on giràvem sense parar» (Anna Freixes)

Altres activitats

A part del 28 de maig, de tant en tant, la xarxa ha desenvolupat alguna altra activitat. Alguna en el si de la pròpia xarxa per fomentar la trobada i el debat sobre algun tema interessant entorn a l'assemblea anual de sòcies a fi de fer-la més atractiva, i alguna altra activitat perquè algun grup o institució ens ha cridat per participar-hi.

A continuació presentem els textos que hem aconseguit replegar.

Activitats extraordinàries 2004

Visualitzant la Promoció de la Salut amb Perspectiva de Gènere

La Xarxa de Dones per la Salut va realitzar al 2004 una campanya de sensibilització i de visualització al voltant de la Promoció de la Salut, incorporant la perspectiva de gènere.

Per aquest motiu, coincidint amb l'Assemblea Anual de la Federació, varem organitzar dos tallers de debat i reflexió conjunta:

- *El primer taller va girar entorn al Programa «Salut i Escola» recentment presentat per les*

consergeries de Salut i Educació conjuntament.

- El segon va proposar a les participants una reflexió sobre la relació entre metgessa i pacient a partir del llibre «Dos para saber, dos para curar» recentment publicat en castellà¹

Taller I

ANÀLISI I PROPOSTES: PROGRAMA «SALUT I ESCOLA» DEPARTAMENTS SALUT I EDUCACIÓ

Arrel del debat sorgit en aquest taller, volem com a Xarxa de Dones per la Salut aportar els següents apunts d'anàlisi:

Valorem de forma global la iniciativa com a positiva, ja que reconeix la prioritat pels departament de salut d'abordar la promoció de la salut en àmbit educatiu. L'àmbit educatiu és un espai privilegiat per posar en marxa projectes de tal envergadura.

Considerem que el Programa Salut i Escola no s'ha tingut en compte les diferents i diverses experiències municipals ni comunitàries sobre aquest tema.

Cal que el Programa Salut I Escola tingui una visió més ample del que és la promoció de la salut, ja que observem que es lliga exclusivament a la protecció i prevenció de patologies.

Pensem que no es valora prou, que les problemàtiques exposades són un símptoma de les dificultats dels i de les joves, i que s'ha d'abordar les causes de la manca d'implicació amb els valors socials dels quals l'escola es una part transmissora.

¹ «Dos para saber, dos para curar» Hipatia. Traducción Consuelo Miqueo y María Jesús Murria. Ed. Horas y Horas. Col. Cuadernos Inacabados. Madrid 2004.

Volem assenyalar que l'anàlisi estadística de moltes de les problemàtiques no està desagradades per sexe. I que aquest fet facilitaria l'abordatge des de la perspectiva de gènere.

Ressaltem que malgrat ser un dels problemes actuals més greus, el Programa Salut i Escola no incorpora la violència com una situació de salut

Volem ressaltar que al programa no s'estableixen elements d'avaluació. O no s'han donat a conèixer.

Ens preocupa molt comprovar que el Programa Salut i Escola té una visió excessivament endocèntrica i androcèntrica, i que no té en compte les diferents cultures ni la perspectiva de gènere ni en l'anàlisi ni en l'abordatge.

Per tot l'anàlisi i debat posterior considerem que és necessari revisar el Programa Salut i Escola.

Volem realitzar les següents propostes:

La promoció de la salut és un repte de les societats que volem abordar-la des d'una perspectiva dels drets de les persones més enllà de les malalties.

- Cal aprofundir en el concepte de promoció de la salut i quines són les estratègies més idònies.
- Cal una defensa activa dels drets humans (i donar pes als referents als drets sexuals, afectius i reproductius)
- Es requereix una descripció més qualitativa de necessitats en promoció de la salut.
- Es requereix l'aplicació de la perspectiva de gènere: anàlisi, participació, implementació i avaluació.
- Cal un reconeixement de l'experiència municipal que ha d'estar recollida en la planificació, implementació i avaluació.

- Cal aprofitar l'experiència de la societat civil, representada per les diferents associacions, sindicats, i entitats. Ha d'estar recollida en la planificació, implementació i avaluació.
- Els agents passius, és a dir, joves i adolescents, han d'estar presents en el desenvolupament de programes que van dirigits a ells/elles.
- Cal establir canals clars de coordinació amb els diferents municipis.
- Considerem imprescindible revisar el model d'actuació dirigits als joves, incorporant si s'escau unitats d'adolescències en els centres d'atenció primària.
- Es requereixen que les implementacions d'accions no puntuals apareguin en el currículum escolar.
- Necessitat d'incorporar una visió de salut integral i no des de les patologies.

Taller II

REFLEXIÓ SOBRE LA RELACIÓ MÈDICA-PACIENT: «DOS PARA SABER, DOS PARA CURAR»

La proposta:

Aprofitant la heterogeneïtat de la xarxa, on hi ha metgesses, infermeres, psicòlogues, així com dones afectades per alguna malaltia, activistes de salut, sindicalistes, i d'altres, aquest taller va proposar un debat sobre la relació metgessa i pacient. I com a preàmbul vam començar amb la dramatització d'una situació possible a un consultori d'atenció primària de la sanitat pública.

L'escenari de la situació era un ambulatori de la seguretat social amb una metgessa de capçalera.

La usuària era una dona d'uns 50 anys (classe treballadora), amb una situació laboral precària, amb càrregues familiars: dos fills, noia i noi, adolescents, un sogre malalt d'alzheimer convivint a casa i, un marit poc col·laborador. Ha hagut de demanar permís a la feina (treballa per hores en una casa). La pacient fa mitja hora que està esperant per poder entrar a la consulta.

La seva personalitat és submissa i feble. Ve acompanyada per la seva germana, de caràcter més combatiu, que serà la portaveu del malestar de la seva germana, i reivindicarà més atenció per la seva situació.

La simptomatologia que presenta són: dolors d'esquena i ronyons, irritabilitat; insomni, abúlia i tristor. La medicació prescrita anteriorment li ha produït tremolors constants, mals de cap i augment de la irritabilitat.

La professional és una dona d'una edat semblant a la de l'usuària, en crisi amb la seva professió, cosa que li comporta un desencís envers la manera com ha de desenvolupar la seva feina, sense trobar una sortida adient. Hem d'afegir, també, que està preocupada per la seva pròpia salut davant una possible intervenció quirúrgica.

La infermera s'ocupa únicament que la metgessa vagi fent les visites i traient feina perquè van endarrerides. No mira les persones de la sala que l'assalten cada vegada que surt, i quan entra a la consulta empeny la doctora amb la mirada i les actituds.

La pacient ve acompanyada per la seva germana. És una dona més enèrgica i, a més, està tipa dels problemes de la germana i d'esperar a la sala.

Qüestions que cal treballar

1. Els sentiments i emocions que es donen en les tres dones. Heu de tenir en compte els factors afegits que les envolten: espai físic, temps per usuària, conflictes personals, etc. Són factors que dificulten el contacte personal.

Com queda l'usuària? I la professional? Què es mou en vosaltres? Què passa amb les pors i frustracions de la professional i de l'usuària? Treballar els vostres sentiments al voltant d'aquesta dramatització.

2. Fer una nova dramatització que expressi la situació anterior de forma satisfactòria i sana per a les quatre dones, utilitzant les conclusions treballades abans.

CAMINANT AMB LES SABATES D'UNA ALTRA
RELATO DEL TALLER «DOS PARA SABER, DOS PARA CURAR»

Segons la configuració d'aquesta taula hauríem de donar l'opinió de quatre preguntes. Contestaré tres d'elles globalment, ja que al meu entendre, tant els serveis sanitaris com la cartera de serveis estan planificats independentment de si la gestió és pública o privada.

Crec que les diferències de salut entre homes i dones es deu a la desigualtat o a la falta d'equitat de gènere pel fet que les polítiques sanitàries no incorporen la perspectiva de gènere en els problemes de salut, com podem comprovar en el Pla de Salut.

A pesar que les dones representem el 51% de la població i és evident que

tenim una esperança de vida superior a la dels homes, això no significa que gaudim de millors condicions de vida i de salut.

És evident que la salut de les dones és diferent de la dels homes, ja que hi ha factors de tipus biològic que tenen diferents implicacions en la salut, així com comportaments desiguals. Però també és desigual perquè hi ha factors socials, culturals, estils de vida que perpetuen diferències entre la salut d'homes i dones. Les dones tenen taxes de desocupació superior a la dels homes, així com una major precarietat laboral, dediquen més del doble de temps que els homes a les tasques domèstiques, i són les principals cuidadores de les persones dependents. La falta de temps i la sobrecàrrega de treball sol associar-se a un número insuficient d'hores de son. També es fa poc exercici físic, la qual cosa fa augmentar els hàbits de vida no saludables. Tot això es va incrementant a mesura que el nivell socioeconòmic és inferior.

Sense un adequat enfocament de gènere no es podrà aconseguir la igualtat i l'equitat entre homes i dones, per la qual cosa serien necessàries les propostes següents:

- Fomentar la investigació tenint en compte la perspectiva de gènere (incloent assaigs clínics on participen les dones)
- El Pla de Salut ha d'incorporar indicadors sensibles al gènere
- Informar i formar els professionals en les polítiques d'igualtat i d'equitat per incorporar la perspectiva de gènere als problemes de salut.
- Modificar els plans d'estudis de ciències de la salut incloent matèries que tinguin en compte la perspectiva de gènere.
- Fomentar polítiques de prevenció que permetin les dones millorar el seu nivell de salut i la seva qualitat de vida, potenciant hàbits culturals i estils de vida diferents.

—És necessari potenciar polítiques de salut laboral que incloguin l'avaluació psicosocial, ja que hi ha riscos de salut i les dones generalment tenen treballs més monòtons, pateixen major assetjament sexual i moral amb un salari inferior i tenen menys perspectives de promoció que els homes.

—És necessari impulsar mesures de conciliació entre la vida laboral i familiar (les dones tenen el repte de conciliar la vida familiar amb la laboral i el seu desenvolupament professional, per la qual cosa això pot desencadenar efectes negatius en la salut, per sobrecàrrega de treball i per pitjors condicions)

Les condicions laborals de les treballadores/ors poden influir en la qualitat del servei que es presta, i aquestes condicions sí que són diferents en funció de si la gestió és pública o privada. Les majors diferències que afecten més les dones, són les mesures de conciliació familiar amb la laboral, personal i familiar, amb major sensibilitat en el sector de gestió pública que en la privada. S'haurien d'estendre aquests drets a tots els professionals del sistema sanitari com a mesura de millora, la qualitat de vida i la salut de les dones.

Tan sols l'abordatge de mesures efectives per part de les administracions implicades des de la perspectiva de gènere podrà permetre acabar amb la situació de desigualtat i equitat que existeix en l'actualitat i que no es justifica en el segle XXI.

MARGARITA LÓPEZ CARRILLO
Revista Mujeres y Salud MYS

Activitats extraordinàries 2006

Taller de Promoció de la Salut amb Perspectiva de Gènere

Amb...

MARTA ZANETTI

*Experta en Tallers de Promoció de Salut
Brasil*

Per a mi és sempre emocionant trobar-me amb dones que treballen amb la salut de la dona. I molt més perquè sóc d'un altre continent. Les dones del meu continent tenim altres experiències, altres vivències, però sempre trobem quelcom que ens uneix, quelcom que és comú per a totes nosaltres.

Tot el meu treball amb el món femení està íntimament lligat a la meua història de vida. És per això que compartiré amb vosaltres aquesta història. Podeu interrompre'm sempre que ho necessiteu. No pretenc compartir aquesta història des d'una forma *narcisista*, però sí, com un relat de soledat i de la busca de la inclusió en el món i de respostes a qüestions aparentment tan senzilles com: què és ser dona? Quin és el meu paper en el món? Quins són els meus drets?

Tot va començar al 1960, a Sao Paulo, Brasil. Embarassada primerenca amb 20 anys i pocs recursos financers. Vaig anar a demanar ajuda al Servei de Salut Pública. Vaig tenir sort! Començava un servei d'atenció a la gestant.

Més tard, em vaig assabentar que aquest treball pioner tenia com a objectiu tot un ideari sobre la salut preventiva.

Vaig entrar a formar part d'un grup d'orientació dirigit a la dona en estat de gestació i tenia com a coordinadora una infermera. Sempre presto un tribut de gratitud a aquesta dona. Eren els començaments, els primers temps.

Ella utilitzava el mètode del Dr. Lamaze, basat en les experiències de Pavlov, dels reflexos condicionats. Aquelles experiències famoses amb els gossets. Sonava la campaneta i els donaven de menjar. Després d'unes quantes vegades només pel fet que sonés ells ja salivaven esperant l'aliment. Comprovant així el reflex condicionat. El mètode utilitzat era el contrari a aquest, descondicionar el reflex: contracció-por-dolor.

Qui va utilitzar aquests conceptes primerament va ser un metge anglès anomenat Dr. Dick Reed, va ser qui va introduir la tècnica de la respiració ràpida per a l'alleugeriment de les contraccions, a més d'uns quants exercicis, intentant descondicionar el dolor del part. A Brasil aquesta respiració va ser anomenada «respiració del cadellet».

Però a pesar de tota aquesta dedicació i aprenentatge en la pràctica quan una dona arribava a una institució sanitària, pública o privada, a l'hora del seu part, les preguntes eren: quan van començar els *dolors*? Són forts *els dolors*? Cada quant temps et vénen *els dolors*?

La meva primera filla va néixer i jo vaig néixer amb ella pel fet social. Vaig sentir que jo tenia per fer un treball en el món. Havia de ser portaveu de les dones, buscar la nostra parla, les nostres paraules. No hi ha moltes paraules per a les nostres sensacions. No estic parlant de termes mèdics, com a contraccions, per exemple. Parlo de poder anomenar el que sentim com la por, i el dolor. Contracció és molt poc. No és així! Hi ha una gamma de sensacions i emocions i també sentiments molt grans en les experiències específiques del femení.

Faig un parèntesi. Molts anys després quan escrivia una sèrie de publicacions anomenades “*El embarazo no ocurre solamente en nuestro vientre*», en la dècada dels 80, on abordava l'embaràs com un moment de la sexualitat femenina i no com el seu destí, vaig definir les contraccions en forma de metàfora, com una onada. L'onada *neix, creix, arriba al més alt i es va desfent. És una força poderosa de la naturalesa.*

Tampoc vaig trobar una paraula per a la sensació de donar el pit al bebè.

Què em van ensenyar aquestes experiències?

Que nosaltres, les dones, necessitàvem trobar la nostra veu, la nostra paraula.

Us veig a vosaltres avui, en aquesta sala, i em sento entenedrida amb l'existència de La Xarxa de Salut per les Dones, dels grups de reflexió sobre temes que són importants per a nosaltres, que estan arrelats en la cultura, perquè la pròpia cultura necessita les nostres reflexions per avançar.

Tornant a la història que us narrava, durant més de 20 anys em vaig submergir en el treball femení centrat en l'embaràs, en el part i en el postpart. L'experiència em va ensenyar que sense la nostra veu, el món no estava preparat per dir-nos el que hauríem de viure i sentir.

Què ha canviat en el mètode de preparació per al part ?

Començo aquí a utilitzar el *nosaltres*, perquè tot el que diré ho he après gràcies a l'experiència compartida amb cada una de les dones dels centenars de grups amb qui he conviscut, a més de la Institució que vam crear i que va durar una dècada, el CEAMI –Centre d'Estudis i Atenció a la Dona i a la Infància, a Rio de Janeiro– en els anys 70. La nostra metodologia ha inclòs, des del Ministeri de la Salut, metgesses, sociòlogues, infermeres, un grup multidisciplinari, anomenat PAISM –Programa d'Assistència Integral a la Salut de la Dona– disponibles per viure el mètode, com va ser la nostra proposta.

D'aquell treball va sorgir la possibilitat d'escriure la sèrie de publicacions com *El embarazo no ocurre solamente en nuestro vientre*, compost d'un fulletó cridant a les dones per al servei d'atenció a la gestant, a més de les publicacions *Sexualitat feme-*

nina, Embaràs, Part i postpart i el Manual de la coordinadora de grups gestants.

Què ha canviat en la preparació al part, en la xarxa de salut pública de 1960 per a aquest treball, 20 anys després?

L'obertura de les nostres veus, els nostres silencis, els nostres *no sabers*, els nostres desitjos... Va ser fonamental per l'aprenentatge de coordinadora de grups tenir inclòs el pensament de l'educador brasiler Paulo Freire. Amb ell vaig aprendre la relació amb l'altre, el sentir, el buscar juntes els referencials que tenen significats, que contenen càrrega afectiva, que l'aprendre implica canvi, i que només hi ha veritables canvis si jo em permeto reflexionar i elaborar junt amb l'altre.

El psicodrama de Moreno, psiquiatre nord americà, va aportar «la ciència que explora la veritat per mètodes dramàtics» que consistia en una teràpia de grup en què era important el concepte d'exercici de papers, pel fet que permetia exercitar els papers de mare, filla, amant, esposa, santa, puta, nena, bebè, home, professional, pare, etc. I amb aquests papers posàvem en moviment els nostres prejudicis, amb noves possibilitats de viure'ls i comprendre'ls.

La teoria del vincle i el *procés grupal* d'Henrique Pichon-Rivière ens van aportar contribucions inestimables. Va afegir el món intern, l'inconscient i el que ens impedeix els processos de canvi.

Més tard l'anàlisi bioenergético va aportar la lectura del cos. La comprensió que som un cos i que el nostre cos guarda la nostra història i que per canviar necessitem deixar fluir les nostres emocions i els nostres sentiments. Certament estic deixant passar molts altres autors, autores i mestres que van sent incorporades a la metodologia del treball de grup. Aquest treball s'ha anant expandint. Es va obrir per a la sexualitat, la menopausa, la vellesa, fins que la línia de la vida va sorgir com a mètode que permet que en una trobada ja podem crear un nivell d'afectivitat a través del coneixement de les nostres històries. Així poden ser reflexionades a la llum de la cultura, de l'àmbit polític i de l'econòmic. Però, res té valor si els coneixements no són incorporats a la nostra vida quotidiana. Cal practicar.

Aquell grup de sàvies dones que treballaven en el Ministeri de la Salut, a Brasília, estaven esgotades!

Després vam veure el perquè. No va ser només la lluita per ser respectades i per estar sempre competint pel poder dins i fora del grup, sinó també per les seves males cures respecte a la seva pròpia salut. No tenien temps per a elles. Menjaven malament. I hi havia poca afectivitat entre elles. La nostra relació d'intercanvi, treballant juntes va portar el reconeixement d'elles mateixes, la responsabilitat sobre si mateixes.

La nostra història, la nostra salut, la nostra sexualitat i, l'afecte entre nosaltres. El compartir. Si volem canvis necessitem canviar. Afirmar les nostres diferències de formes i continguts. *Quines mares som? Quin lloc és aquell que ocupem en els cors i en els caps de les nostres filles i fills?* Afirmar que podem o no ser mares, afirmar els anys que tenim, el cos que tenim, el món que volem des de dins fins a fora, des de fora cap a dins, en l'aquí, en l'avui, en l'ara.

Ha estat un gran plaer estar amb vosaltres i agraeixo a Clàudia l'haver-me portat fins a vosaltres.

Participació a activitats alienes

De 28 de maig

A...

L'Ajuntament d'Arenys de Munt, a la celebració del 28 de maig de 2005

«QUALITAT I CALIDESA A L'ATENCIÓ SANITÀRIA PER A LES DONES»

Pertanyo a La Xarxa de Dones per la Salut, que va néixer al 1977 en el marc de les trobades per a la celebració de la Diada del 28 de Maig (dia internacional d'acció per a la salut de les dones). Som una entitat formada per dones feministes preocupades pel tema de la salut. Dones que s'organitzen en col·lectius d'usuàries, ajuda mútua, professionals, dones que desitgem millorar la qualitat i equitat en l'atenció sanitària i polítiques potenciadores de salut.

Les dones, a més de ser objecte d'innombrables discriminacions en tants àmbits, són construïdes amb una carència d'autoestima, instal·lades en la creença de ser per a altres, ubicades en el rol de vetlladores dels altres mentre ignoren el seu propi benestar.

Aquesta posició condueix la dona a establir una relació amb el seu cos, en la qual aquest és viscut com quelcom aliè, desconegut, i sense poder assumir-lo com absolutament propi, desvalorant les seves emocions i relativitzant els dolors i malestars, així com viure una sexualitat reprimida que només es legitima a través de la reproducció.

Com a usuàries d'atenció sanitària, assumeixen una posició d'inferioritat davant del professional a qui veuen com algú pertanyent a una jerarquia superior. Com si no fos d'elles mateixes, del seu cos, del que estiguessin tractant, adopten una actitud encongida, sense atrevir-se a preguntar, per por de rebre un rebuig, en actitud de submissió que, lluny d'ajudar a realçar-les, les desvalora fins i tot més.

L'atenció en els serveis de salut hauria de ser més humana, i afavorir l'autoestima i el procés de la presa de decisions per part de l'usuària. Hauria de

cuidar la seva privacitat i no menysprear les opinions que les dones donen dels seus símptomes, respectant les seves peculiaritats, donant informació suficient i clara, cuidant que el temps d'espera no sigui llunyà al temps de cita, evitant tractaments innecessaris o no explicats degudament, als quals han de cedir el seu cos en silenci.

D'altra banda, és necessari que les dones parlin no sols de sí, sinó des de si, és a dir que les dones es donin autoritat, donin a la seva veu importància, considerin que el que elles diuen de la seva malaltia ningú pot dir-ho, que es facin mestresses del seu ser.

Aquesta presa de consciència de si, en relació amb la seva salut, es tradueix en una presa de responsabilitat sobre la seva pròpia salut, un deixar de ser objecte passiu enfront del saber de l'altre, per a convertir-se en objecte actiu.

Això significa acceptar els símptomes i malalties no com quelcom aliè a una mateixa sinó com una expressió de mi que, per tant, he d'escoltar, observar i tractar de desxifrar, ja que són un missatge que m'estic enviant, perquè el meu cos sóc jo mateixa

Des de la noció de salut integral, la qualitat de l'atenció estarà referida al conjunt d'aspectes psicològics, socials, biològics, ambientals, sexuals i culturals del benestar, és a dir una assistència integrada i no fragmentada.

No és bo escoltar només el dolor físic i oblidar que aquell dolor passa en un cos d'una dona que té també un dolor emocional. Com no li pot fer mal l'esquena a una dona que sofreix horaris molt complicats de treball, que potser té fills adolescents, i un marit que no ajuda, i viu amb un sogre amb alzheimer?

La dona del nostre temps ha de fer front a molts aspectes emocionals, que moltes vegades la superen, adoptant una actitud de negació davant l'angoixa o l'estrès que les situacions li produeixen. El mandat femení ancestral la ubica en el lloc de poder amb tot: el familiar, el laboral i el social, deixant en un segon pla el seu lloc i les seves qüestions. En aquest oblit de si mateixa no hi ha un lloc per reflexionar sobre el seu patiment, sobre allò que la porta a emmalaltir.

La malaltia és quelcom dinàmic, un mitjà a través del qual la usuària està intentant dir quelcom amb totes les seves forces, quelcom que no ho sap dir d'una altra manera, ha desenvolupat la seva malaltia perquè no podia dir quelcom d'ella i del seu malestar d'una altra manera, ja sigui per la seva història personal, per la seva genètica, per la seva alimentació, o pel medi ambient on viu. Aquesta és la seva manera d'expressar-se.

Serà de bona qualitat l'atenció que incorpori i resolgui aquests aspectes en les circumstàncies concretes de cada demanda, per això caldria superar l'enfocament biologicista, que el model mèdic predominant aborda en la salut, incorporant aquests aspectes emocionals. No medicalitzant els símptomes, i sí que creant espais per a la paraula.

Aquesta calidesa d'atenció que proposem reforcen l'autoestima de la usuària. Calidesa que no ha de confondre'ns, fent-nos admetre com a bona l'actitud que a vegades tenen certs professionals, que en una temptativa d'acostament, tracten la usuària com si fos una nena menuda, fent-li preguntes infantils, donant com a possibilitat proposades que res tenen a veure amb la realitat del quadre clínic, com per exemple, dir-li a una pacient que està desanimada davant de l'operació que li faran, que no es preocupi, que quan surti s'anirà de compres o de viatge, quan la realitat és que potser tindrà un post operatori molt difícil.

Davant d'una operació, clar que és necessari un acostament del professional, però no amb formules globals del tipus «quedi's tranquil·la», «és una operació sense importància», «no passarà res dolent», aquesta formula aconsegueix poc efecte o cap. La pacient és algú intel·ligent, i potser no sàpiga de medicina, però intueix que aquestes paraules són dites pel professional més per a ell mateix que per a ella, deixant-la amb la sensació de no ser escoltada. Al contrari, si el professional li explica com se sentirà després de l'operació, fins quan, i quins símptomes donarà la medicació, lluny d'angoixar-la, premissa que solen al·legar els metges per no informar, la pacient se sentiria més compresa i acompanyada en la seva malaltia.

No s'hauria de confondre el cuidar (no angoixar) amb no informar, és possible fer-ho amb paraules comprensibles i amb una actitud pròxima, allunyant el vocabulari utilitzat dels tecnicismes innecessaris. La relació hauria d'estar centrada en una actitud personal, no paternalista, recordant en tot moment que la malaltia la pateix la usuària, una mala comunicació la debilita mentre que una implicació emocional l'ajuda a posicionar-se millor davant de la malaltia.

Aquesta comprensió l'enfortirà i li permetrà col·laborar amb el professional, com formant part de l'equip, en compte de sentir-se víctima. I és probable que ser part activa de la cura influirà positivament en la seva recuperació.

El poder, entès com un fet positiu, és la capacitat de decidir sobre la pròpia vida. No obstant això, si els professionals sanitaris no han fet un procés d'acceptació dels seus propis límits, es troben d'improvís en el vessant de la impotència, sovint amb dificultats en el pla de la relació directa.

La competència del professional és escoltar el més possible sense prejudicis. La medicina oficial, androcèntrica, ha estudiat malament a les dones, ho ha

fet des d'actituds prejudicades: dona al voltant de 50 que anys que va a un ambulatori, li comenta al professional que està trista, el més probable és que rebi com a resposta immediata una recepta amb un antidepressiu d'última generació, ja se sap... És menopàusica.

No obstant això, potser amb una entrevista més pròxima, amb alguns minuts més de conversa i una mirada als ulls a la usuària, el professional podria haver esbrinat que aquesta dona de 50 anys que, sí que està en la menopausa, no està trista per la seva falta d'hormones sinó perquè fa poc la seva millor amiga ha mort d'un càncer, per exemple, i ella està trista i espantada! El que s'espera davant d'aquesta situació és precisament el dolor, la tristesa i la por, i per a això un antidepressiu no és la millor teràpia, sinó una escolta càlida.

Medicalitzar els símptomes emocionals és una manera de no fer-los esdevenir crònics i una forma de violència que promou, en les dones, la dependència i l'addicció a medicaments que suposadament les equilibraria.

Avui sabem quants tractaments no funcionen en les dones perquè han sigut creats d'acord amb un model neutral que és un home blanc de 35 anys, un model molt allunyat de les dones.

Les dones i els homes tenen patrons d'emmalaltir diferents i també són diferents les principals causes de mort. Per exemple, la simptomatologia d'un preinfart no és la mateixa en l'home que en la dona, ella sol tenir nàusees i vòmits, símptomes que no apareixen en l'home. En canvi la informació que ens arriba normalment és dolor en el pit, formigueig en el braç esquerre, però vòmits i nàusees no, per la qual cosa una dona tardarà més a anar a urgències perquè desconeix aquests símptomes com a indicadors d'un infart.

La medicina ha desconegut la dona, i en l'intent de curar-la l'ha homologat a l'home. Un altre exemple, a Suècia es va fer un estudi comparatiu entre sexes en els serveis d'urgències d'hospitals amb pacients que tenien la

mateixa malaltia o emergència. Va resultar que l'ús que feien de la sirena i la velocitat que prenen les ambulàncies era molt més elevada i més ràpida si portaven un home que si portaven una dona.

A més, com ja he dit, les dones són, més sovint que els homes, receptades amb psicofàrmacs per tranquil·litzar-les, ansiolítics i antidepressius per modificar el seu estat d'ànim, somnífers per poder dormir, etc. La indicació de medicaments sol deixar de costat l'escolta del moment vital de la usuària.

D'altra banda, el treball personal d'autoinspecció hauria de formar part de la formació dels professionals. És fonamental ja que dóna a la persona la possibilitat de discriminar entre el que són les teves coses i el que són les coses de la usuària, la qual té dret a tenir al davant un professional que no li projecti les seves pròpies qüestions.

Sumada a aquesta carència formativa, hi ha metges que han renunciat a escoltar amb l'oïda i s'han convertit en executors anònims de la indústria farmacèutica i de la maquinària diagnòstica. Han fet seu el concepte de l'acte terapèutic, la diagnosi i la prescripció requerint centenars d'anàlisis i de fàrmacs. En una paraula s'han desposseït de la seva pròpia competència. En aquest cas, és lògic que no tinguin en compte la competència dels seus pacients.

El dolor ha de deixar de ser una cosa contra la qual cal lluitar per fer-lo desaparèixer a qualsevol preu, per convertir-se en quelcom que cal escoltar, entendre i descodificar. La usuària i el professional, junts, capten el sentit del dolor, així es pot prescriure el fàrmac adequat o qualsevol altra mesura. La relació, llavors, deixa de ser una relació de poder, com deia al principi, per convertir-se en una relació terapèutica i aquesta, per dir-se així necessita dos parts, l'una sense l'altra no pot funcionar.

La trajectòria de la malaltia depèn de cada usuària, el mateix succeeix amb la curació, ja que partim del concepte que la malaltia i la salut són pro-

cessos dinàmics i peculiars per a cada persona. Un tractament és un viatge, on s'avança però amb parades, ensopegades, caigudes i moments de negre desànim.

Curar és un verb que es conjuga en present. Curar-me consisteix en porcions cada vegada més grans de món a què tinc accés. Implica un canvi cap a un estat diferent del primitiu, anterior al succés d'emmalaltir.

GRACIELA TRABA

Psicoanalista.

Grup de Psicologia de la Dona del Col·legi de Psicòlegs de Catalunya

A...

II JORNADA: LA POLÍTICA DE LES DONES

Drets i lleis que ens fan més lliures. Reus, 29 de maig de 2004

LES DONES, LA SALUT, LA PARAULA I LA RELACIÓ ENTRE DONES
HISTÒRIA D'UN PROCÉS DE REFLEXIÓ EN GRUP I ALTRES
CONSIDERACIONS

El descobriment de la paraula

Fa algun temps, en una xerrada que va donar, a la nostra associació (CAPS), la psicoanalista feminista Emilce Dio va dir, en un moment donat, quelcom aix: «La psicoanàlisi ajuda les dones, a pesar de la pròpia psicoanàlisi, pel simple

fet de proporcionar-les-hi un espai per parlar de si mateixes.» Va dir «a pesar de la pròpia psicoanàlisi», perquè aquesta, com la immensa majoria de les teories i metodologies desenvolupades per la *nostra ciència occidental*, està plena de molts dels biaixos i prejudicis que mantenen les dones precisament, en aquelles posicions culturals i mentals que les emmalalteixen.

En aquell moment, la idea va ser escoltada amb interès pel nostre grup, com tot el que diu Emilce, però no vam arribar a donar-li tota la importància que tenia per al nostre enfocament de la salut de les dones, és a dir, per l'abordatge integral o biopsicosocial que perseguíem.

Dic que no ens vam adonar de tota la importància d'aquesta afirmació, perquè en aquell moment, en el DSQ (Dóna Salut i Qualitat de Vida), integrat per professionals sanitàries i per altres professionals implicades en la salut des del seu abordatge específic, estàvem a penes iniciant un procés de debat intern sobre diferents aspectes de la salut de les dones. Llavors, el que buscàvem bàsicament, era posar en comú punts de vista i consensuar el discurs com a grup, en la mesura que fos possible. Aquell desig de coherència interna, ens havia despertat la necessitat d'escoltar-nos les unes a les altres perquè, en el fons, no ens coneixíem. Sabíem de partida, perquè era el que havia anat aglutinant-nos entorn de Carme Valls, que totes consideràvem, la medicina oficial, androcèntrica, això és que, tradicionalment, havia estudiat malament les dones i, per consegüent, les malalties eren mal diagnosticades i mal tractades, és a dir, excessivament medicalitzadora i infantil especialment respecte a les dones. Algunes de nosaltres havíem arribat a aquestes posicions crítiques des de la pràctica feminista paral·lela a la pràctica professional, el qual ens permetia veure la salut des d'una òptica més, diguem-ne, política. D'altres, a la inversa, havien arribat a aquestes posicions, i de rebot al feminisme, precisament des de la pràctica clínica, on van anar adonant-se de la falta de respostes, o la seva ineficàcia per a moltes de les demandes de les dones, en medicina o en psicologia a l'ús.

A poc a poc, en un procés que ha durat diversos anys, després de diverses reunions de debat en el si del DSQ i en l'entorn de la xarxa de metgesses i professionals de la salut, les paraules d'Emilce (que a les dones parlar de si mateixes les ajuda) han anat convertint-se en un dels punts de consens més unànimes dins del nostre grup.

Les metgesses al capdavant de la veu de les dones

El tema de debat i reflexió conjunta que més ha influït per a què el grup DSQ arribi a donar-li a *el parlar de si* la importància que li estem donant ara per a la salut de les dones, ha sigut la violència domèstica. El nostre grup va començar a pensar sobre els problemes de salut derivats de la violència intrafamiliar per demanda de les pròpies metgesses de primària del DSQ i de la xarxa, a més, de les demandes externes de formació que ens feien altres institucions, i de l'àmplia repercussió i debat social que el tema suscita des de fa algun temps. Per a aquestes metgesses de primària, aquest és el problema de salut que més les ha posat, segons expliquen, enfront dels límits de la seva intervenció com a metgesses, és a dir, els límits tant de la seva capacitat de diagnòstic com dels recursos terapèutics de què disposen, fonamentalment receptes de fàrmacs. Es dóna el cas que el seu paper en la primera fila de l'assistència i la relació llarga que adquireixen amb les/els pacients i les seves famílies, les posa en condicions de percebre, millor que altres professionals, la gènesi dels problemes de salut derivats de les condicions de vida, literalment, *veuen* venir el problema. Ambdós trets, gran capacitat de previsió i limitada capacitat d'intervenció, les fa sentir enormement impotents, el que ha portat les metgesses del nostre grup a veure clara, la necessitat de comptar amb psicòlogues i assistents socials en les àrees bàsiques. Es troben amb l'experiència que quan una dona presenta, per exemple, dolors d'estómac crònics, refredats constants o qual-

sevol altre símptoma recurrent, no diguem ja lesions físiques freqüents, unit a indicis que sorgeixen al furgar una mica -aprofitant la confiança que a poc a poc i a base de consulta rere consulta, es va establint, i que fan sospitar que quelcom en la seva relació de parella no camina molt bé-, es queden sense saber què fer, ja que s'adonen, d'una banda, que la dona no sol estar, en aquell estadi del problema, en condicions d'enfrontar-se a la seva situació, de la que sovint ni tan sols és conscient, i, d'altra banda, els sembla penós limitar-se a donar-li pastilles, una vegada i una altra i mirar cap a un altre costat, i que, l'única resposta útil és l'escolta càlida i no exigent perquè la dona vagi a poc a poc parlant i acostant-se al seu dolor i pugui adonar-se que el què viu no és normal ni sa i que per tant, és lògic que plori o emmalalteixi, i, d'aquesta manera, vagi sentint-se capaç de començar a pensar per a si una nova vida, i sigui possible que els símptomes físics comencin a remetre. Però s'enfronten amb l'escassetat endèmica de temps en les consultes i amb la seva pròpia falta de formació per a aquest acompanyament.

En el grup hem debatut sobre altres problemes de salut com ara la fibromiàlgia, i ens hem adonat que, el què serveix per a les dones maltractades -l'escolta i l'acompanyament a més, clar està, de les intervencions mèdiques que apareguin com necessàries-, és útil també, per a totes les dones amb problemes de salut, perquè darrere d'elles es tanca sempre el seu malestar endèmic, derivat de l'estatus sociocultural de subordinació de la dona, barrejat amb les seves condicions de vida concretes i les patologies o la síndrome particular de cadascuna; i, actualment, arribats a aquest punt de la nostra reflexió, quan ens hem platejat el significat que, per nosaltres, té la promoció de salut per a les dones, ens hem adonat que aquesta ha de passar necessàriament per oferir recursos i espais on poder expressar i elaborar aquell malestar.

Les dificultats d'obrir els ulls

No obstant això, perquè la paraula sigui vertaderament, una eina d'expressió profunda de les dones i els seus malestars i de transformació curativa, és necessària, tal com han assenyalat les feministes, la diferència que les dones parlen, no sols de si, sinó també *des de si*, és a dir, que la dona es doni a si mateixa autoritat, doni a la seva veu importància, consideri que el que ella pot dir de si mateixa ningú pot dir-ho, es faci ama de si mateixa; en resum, del seu ser.

Aquesta presa de consciència de si en relació amb la salut es tradueix en una presa de responsabilitat sobre la pròpia salut, un deixar de ser objecte passiu enfront del saber de l'altre, per convertir-se en subjecte actiu. Això, significa acceptar que els símptomes i malalties no són quelcom aliè a mi, que no cauen del cel arbitràriament sinó que són expressió de mi mateixa i que, per tant, he d'escoltar-los, observar-los i tractar de desxifrar el missatge que m'estan enviant, perquè el meu cos sóc jo mateixa. És un deixar d'esperar que l'altre em resolgui, un acudir als terapeutes, del tipus que sigui, a la cerca d'ajuda, però sense perdre de vista que són això, ajudes per un treball ineludiblement personal.

Això és quelcom difícil d'assumir per qualsevol dona, home, metge o metgessa, ja que res en la nostra cultura ens prepara per això. Tot ens empenya a posar-nos en mans dels metges com a objectes avariats dels que no tenim capacitat per fer-nos càrrec i esperar que ell o ella ens diguin el que hem de fer, o que un fàrmac miraculós ens arregli.

D'altra banda, les metgesses, imbuïdes d'aquesta percepció que les col·loca en una posició de superioritat i poder, en possessió d'un saber superior, tendeixen a veure les pacients només com a malaltes, oblidant que són adultes capaces de fer-se càrrec de la seva vida encara que estiguin momen-

tàniament debilitades per la malaltia. Les males conseqüències d'això, són dues: augmenta la dependència i vulnerabilitat de les pacients i impedeix a la metgessa connectar amb la seva part vulnerable i identificar-se i connectar-se amb la pacient, és a dir, l'una i l'altra es queden fragmentades i empobrides per ocupar un sol aspecte de la seva integritat; la pacient posa fora de si el saber i la metgessa posa fora de si la vulnerabilitat.

La importància de la relació entre dones

No obstant això, les experiències que conec en les que pacient i metgessa han pogut integrar ambdues parts cadascuna, han resultat ser, d'una banda, molt més eficaces terapèuticament per a la pacient i d'una altra, molt més enriquidores per a la metgessa com a professional i com a dona. Això, és aplicable també, encara que el seu paradigma teòric no les alieni tant de si mateixes com a les metgesses, a psicòlogues o infermeres, perquè el rol de cuidar i curar pot convertir-se en un parapet si la persona no s'ha fet un treball personal que li permeti integrar en la seva autopercepció els seus punts fràgils i els seus punts forts.

Jo diria, per la meua experiència personal i la d'altres dones, que aquesta autoconcessió d'autoritat i d'integració dels diferents aspectes que ens conformen, saber i vulnerabilitat, requereixen dos espais de treball: un personal i individual (psicoteràpia, meditació, lectures, etc.) i un altre d'intercanvi en grup. Sovint, allò que ens porta a fer una teràpia psicològica o un treball de creixement personal del tipus que sigui, és la sospita que quelcom no funciona bé en la nostra vida, quan no un dolor evident. No obstant això, per moltes dones, donat el menyspreu amb què culturalment es mira la relació entre dones, és una mica més difícil descobrir que aquella relació, que espontàniament cultivem la majoria, es pot convertir en un espai de treball personal i de "empoderament".

Les feministes, de la diferència, han fet molta insistència en la relació entre dones com a pràctica política i han dit que, perquè una dona s'autoritzi necessita l'autorització d'una altra dona i això, a la llum de la meua pròpia vivència, em sembla absolutament cert. Quan un grup de dones es reuneixen amb la intenció d'explorar el que significa ser dona, es produeixen alguns fenòmens molt interessants, un és que cadascuna descobreix que la seva experiència personal i les seves reflexions, que tal vegada considerava banals o vulgars, són interessants i il·luminadores per a les altres, així és on es produeix el donar-se autoritat unes a altres. També succeeix sovint, que les dificultats personals o trets de caràcter propis que una havia pensat sempre que es devien al fet de ser dona, difereixen de l'experiència de les altres, i que altres circumstàncies o aspectes de la seva idiosincràsia que considerava lligades a la seva exclusiva vida particular, són compartides per totes o per la majoria.

Aquest tipus d'intercanvi és saludable per si mateix, en la mesura que ajuda a ordenar el propi caos, et rescata del patiment solitari, i et proporciona complicitat i afecte. Però quan el tema de reflexió és la salut, concretament, és encara més clara la seva capacitat curativa, perquè l'intercanvi de sabers i reflexions en veu alta, desengoixa -l'angoixa és un agreujant sempre de qualsevol patologia perquè la magnífica- ajuda a acostar-se als problemes amb menys rebuig i una major comprensió, i proporciona recursos nous per a abordar-los.

Cada vegada hi ha més veus assenyalant que els grups terapèutics ajuden a reduir la medicació de molts/es pacients de manera sorprenent.

Algunes metgesses expliquen que van decidir provar de fer grups terapèutics amb algunes pacients, després d'haver participat elles mateixes en grups o tallers on les van permetre parlar de si mateixes, escoltar altres dones i adonar-se que entre elles i els seus pacients no hi havia tantes diferències.

Aquesta experiència em sembla molt interessant, perquè descriu el procés personal que les dones mèdiques necessiten fer per canviar el seu abordatge de la salut de les dones. Aquest procés es pot descriure en dos etapes: la primera, amb la presa de consciència personal a través de la relació amb altres dones i el treball interior de confrontació amb la seva part vulnerable; i la segona, amb el canvi de percepció, respecte les pacients, és a dir, deixar de veure com "objecte passiu (pacient) menor d'edat" i començar a considerar-les "subjecte actiu de la seva salut capaç d'ajudar-se a si mateixa".

Una cosa més

Naturalment, la paraula també és curativa per als homes, i ho sé, perquè hi ha homes que la practiquen, encara que pocs; també ho és la reflexió i l'intercanvi amb els seus iguals quan són capaços de parlar de si i des de si, cosa encara més difícil per ells que per les dones. Hi ha molts impediments en la cultura masculina per a accedir a aquests recursos curatius: el malestar dels homes també existeix, però com deriva del seu paper de privilegi, no és identificat com a tal, tan unànimement com el de les dones, precisament, perquè l'estatus de privilegi els exigeix no tenir malestar; a més, la recerca continua de poder fa molt difícil a l'home parlar amb altres homes com iguals, ni superiors ni inferiors, despullar-se davant d'ells i permeten que coneguin els seus dubtes i dolors, acceptant que tenen coses que ensenyar-li i ell a ells, etc.

MARGARITA LÓPEZ CARRILLO

Documentalista i periodista de Salut

Representant de la Xarxa de Dones per la Salut

Altres participacions

Al...

Congreso Estatal de Planificación Familiar (2007) (veure imatge p. X)

EL RETO: LOS ANTICONCEPTIVOS Y LA SALUD DE LAS MUJERES

Los nuevos anticonceptivos ¿nuevos?

Los riesgos a corto, medio y largo plazo de la administración de anticonceptivos orales de segunda y tercera generación, adolecen de la escasez de ensayos clínicos randomizados para evaluar su efectividad y efectos secundarios.

Anticonceptivos orales como factor de riesgo para el cáncer de mama

En Junio de 2005, la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) de la OMS, ha clasificado la anticoncepción hormonal y la terapia hormonal como carcinógeno en seres humanos.

—Los autores concluyen que el uso de anticonceptivos hormonales se asocia con un incremento de riesgo de cáncer de mama en la premenopausia, en especial con el uso de anticonceptivos más de 4 años antes de tener el embarazo a término.

(Kahlenborn C, Modugno F, Potter DM, Severs WB., *Oral contraceptive use as a risk factor for premenopausal breast cancer: a meta-analysis*. Mayo Clin Proc. 2006 Oct;81(10):1287-9.)

—Cada año de anticonceptivo antes de los 20 años confiere un incremen-

to de riesgo significativo para el cáncer de mama de comienzo precoz, mientras que no se ha encontrado riesgo asociado con el uso después de los 20 años.

(Jernstrom H, Loman N, Johannsson OT, Borg A, Olsson H., *Impact of teenage oral contraceptive use in a population-based series of early-onset breast cancer cases who have undergone BRCA mutation testing*. Eur J Cancer. 2005 Oct;41(15):2312-20.)

Los anticonceptivos de baja dosis ¿los mismos riesgos para la salud de las mujeres?

Los autores sugieren que el uso de anticonceptivos hormonales con baja dosis de etinil estradiol y alta, de progestágenos de síntesis, incluido el levonorgestrel, aumenta de forma significativa el riesgo de enfermedad cardíaca y vascular arterial, con un incremento de problemas vasculares arteriales con los anticonceptivos de tercera generación.

(Baillargeon JP, McClish DK, Essah PA, Nestler JE. *Association between the current use of low-dose oral contraceptives and cardiovascular arterial disease: a meta-analysis*. J Clin Endocrinol Metab. 2005 Jul;90(7):3863-70.)

Necesitamos más estudios sobre los efectos de los nuevos anticonceptivos

Las consecuencias neuroendocrinológicas y metabólicas de romper la armonía del ciclo menstrual, no han sido estudiadas; el hecho de no poder prever los sangrados que pueden presentarse de forma intempestiva, con los riesgos que se van acumulando en el organismo, en relación a la trombosis, a las enfermedades autoinmunes y al cáncer de mama antes de la menopausia, se puede asociar a la intervención del cuerpo de las mujeres.

Los síntomas más frecuentes de los nuevos anticonceptivos a corto plazo son la ganancia de peso, las náuseas, la mastodinia y tensión mamaria, la disminución de la frecuencia de los ciclos menstruales, la aparición de sangrados intempestivos, la dismenorrea y las metrorragias y el edema de extremidades inferiores; pero estos síntomas no han demostrado diferencias según el tipo de anticonceptivos usado en un reciente estudio publicado realizado entre 2.863 mujeres francesas.

(Moreau C, Trussell J, Gilbert F, Bajos N, Bouyer J., *Oral contraceptive tolerance: does the type of pill matter?* *Obstet Gynecol.* 2007; 109 (6):1277-85.)

¿Y A LARGO PLAZO?

Abriendo debates: el sesgo de género nos pone en riesgo de enfermar

La industria farmacéutica y la biomedicina interviene en los cuerpos de las mujeres ¿hasta cuándo?

El preservativo es el medio más seguro para prevenir las ITS y el VIH; y es el método más eficaz y con menos efectos secundarios, como método anticonceptivo.

¿Qué papel le otorgamos a los anticonceptivos orales y qué papel le otorgamos a los preservativos en nuestra práctica profesional?

La supresión de la regla: ¿necesidad o negocio?

Existen indicaciones terapéuticas precisas para mujeres que padezcan endometriosis en la que es necesario abolir la menstruación durante largos periodos, pero sin mayores conocimientos científicos, y mayor duración de los ensayos de investigación, sería recomendable individualizar claramente las indicaciones y

dado que existen otros métodos mecánicos para la prevención del embarazo, no introducir más hormonas en el cuerpo femenino sin conocer ni informar adecuadamente de los riesgos a corto, medio y largo plazo.

¿Y nuestro papel como profesionales dónde queda?

—Informarnos, formarnos y poner en práctica nuestros conocimientos; entre otras cuestiones siendo más autónomos y autónomas del conocimiento recibido de las empresas farmacéuticas.

—Ofrecer la información adecuada a las personas que atendemos basándonos en principios éticos y científicos.

—Trabajar en red para mejorar nuestras intervenciones y proteger la salud de las personas.

Arxiu gràfic

Xarxa de dones per la salut
de Catalunya, 10 anys treballant
per la salut de les dones



DIA INTERNACIONAL D'ACCIÓ PER LA SALUT DE LES DONES

28 DE MAIG DE 1997, CRIDA A L'ACCIÓ

Pati Llimona, Carrer Regomir 3
Dilluns, 28 de maig a les 19 hores

CONVOCA:
Dona i salut-Comissió de BCN pel dret a l'avortament. Programa Dona, salut i qualitat de vida del CAPS. Secretaria de la dona de FS-CCOO. APPFC (Associació de professionals de planificació familiar de Catalunya). Departament de la dona de FSP-UGT. ACPAM-Lliga de la llet. Titània. ACTUA-dona. Salut i Família.

Amb la col·laboració de l'Ajuntament  de Barcelona i de la Diputació de Barcelona 
Amb el suport del Consell de Dones de Barcelona.

COL·LOQUI:

L'ACCÉS A L'ATENCIÓ SANITÀRIA DE QUALITAT ÉS UN DRET DE LES DONES

- Situació de la sanitat ara. Barreres polítiques i econòmiques. *Lluïsa Montes.*
- Experiències de les dones com usuàries del sistema sanitari. *Victòria Sau.*
- Biaxos de gènere a la recerca i l'assistència sanitària. *Carne Valls-Llobet.*
- Dificultats a l'atenció en salut reproductiva i sexual. *Maria Rosa Pous.*

Moderar: **Dona i Salut**

Les intervencions seran curtes i genèriques amb l'objectiu de situar el debat i permetre l'intercanvi d'experiències amb totes les assistents. En finalitzar l'acte es presentarà la revista Mujeres y Salud (MYS) i s'oferirà un pisolabis.

Commemoració 28 de maig de 1997



Dia Internacional d'Acció per la Salut de les Dones

27 de maig 1998

Dona, salut i violència
Dret de les dones a una salut sense violència
Cap a una atenció de qualitat i amb calidesa

Pati Llimona · Carrer Regomir 3 · Barcelona
Dimecres 27 de maig a les 19 hores

Commemoració
28 de maig de 1998

► QUÈ PODEM OFERIR?

- Un lloc i un tel·lèfon perquè ens faci arribar els teus suggeriments.
- Una informació dels diferents grups perquè puguis ésser assessorada i esdevenir membre si ho desitges.
- Una intermediació davant les institucions.
- Un compromís d'actuació davant els objectius que ens manquem col·lectivament.

► CAMPS EN ELS QUÈ ESTEM PRESENTS

- Salut afectiva, sexual i reproductiva.
- Dones, Salut i Treball.
- Ajuda mútua davant el Càncer de Pèl·l.
- Ajuda mútua davant la SIDA.
- Suport per millorar la salut integral de les dones.
- Ajuda mútua i suport davant la violència de gènere.
- Salut i diversitat cultural.
- Salut mental.

DEFENSEM UNA SANITAT PÚBLICA DE QUALITAT I AMB CALIDESA



XARXA DE DONES PER LA SALUT

► QUI SOM?

- Dones motivades per la salut de les dones i del conjunt de la població.
- Dones organitzades en diferents grups: d'usuàries, d'ajuda mútua de professionals, d'activistes per la salut.
- Dones que creuen que en el procés de salut hem d'ésser subjectes actives.
- Dones que desitgem millor qualitat i equitat en l'atenció sanitària i les polítiques potencials de salut.


► PER QUÈ VEM D'UNIR-NOS EN XARXA?

- Per poder actuar més àmpliament.
- Per poder fer sentir la nostra veu, com usuàries, més lluny.
- Per ser un punt de referència per a totes les dones.
- Per poder arribar a cadascun dels llocs on es prenen les decisions que afecten a la nostra salut.

► ELS GRUPS DE LA XARXA:

ACTUA DONA, Associació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears, Dep. de la Dona de FSP d'UCC, Dona i Salut-Comissió pel dret a l'avortament, Grup AGATA, Programa Dona, Salut i Qualitat de Vida del CAPS, Sec. Dona de la CONG, Sec. de la Dona de la FSC de CCOO, TAMANA, TITANIA.

Ens pots escriure a:
Ca la Dona, Carrer Cass, 38, postal, 08010 Barcelona
o bé connectar amb nosaltres per mitjà de: Fax: 93 412 39 96 o e-mail: caladonafp@paragna.org

Amb la col·laboració de: Ajuntament  de Barcelona

DEFENSEM UNA SANITAT PÚBLICA DE QUALITAT I AMB CALIDESA, any 1999

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

29 de maig del 2000 a les 7 de la tarda al Pati Llimona (Regomir, 3)

Taula rodona:
 La situació de la salut a la xarxa pública. *Regina Bayo* (psicòloga)
 Salut afectivo-sexual i reproductiva, Els centres de planning avui. *Associació de Treballadores de Planificació Familiar de Catalunya i Balears*
 Seguiment i control de la política sanitària cap a les dones. *Xus Peñaranda*

Convoca: Xarxa de dones per la salut: ACTUA DONA, Associació de Treballadores de Planificació Familiar de Catalunya i Balears, Dep. de la Dona de FSP d'UGT Dona i Salut-Comissió pel dret a l'avortament, Grup ÀGATA, Programa Dona, Salut i Qualitat de Vida del CAPS, Sec. Dona de la CONC, Sec de la Dona de la FSC de CCOO, TAMAIA, TITANIA

Commemoració 28 de maig de 2000



28 DE MAIG - DIA INTERNACIONAL D'ACCIÓ PER LA SALUT DE LES DONES

Ens alimentem o ens enverinem?
PER UNA NOVA CULTURA DELS ALIMENTS

Lloc i data:
 Pati Llimona (Regomir, 3 de Barcelona), dia 28 de maig de 2001 a les 19.30 hores

Intervindran:
 • Fred Romano (periodista i escriptora): **El cas de les vaques boges**
 • Carme Valls Llobet (metgessa i diputada al Parlament de Catalunya): **Els aliments, la salut i el seu control**
 • Meritxell Bragulat (Cooperativa pel consum biològic de Sant Andreu): **Alternatives de consum saludables**

 Organitza:
XARXA DE DONES PER LA SALUT

Amb la col·laboració de:
 Ajuntament  de Barcelona

Ca la Dona - Casp, 38 pral. Barcelona. Tel. contacte: 933 226 554 o 934 127 161

Commemoració 28 de maig de 2001

Foto: Jordi Sanjaume

28 de maig dia internacional d'acció per la salut de les dones

TAULA RODONA SOBRE
**«DRET A LA SALUT:
 UN DRET DE CIUTADANIA PER A LES DONES»**

Dia 28 de maig al Pati Llimona (Regomir, 3) a les 19.00

Intervendran:
 Mama Samateh de AMAM (Associació mujeres antimutilación), Mercè Meroño d'Àmbit Dona (Programa de prevenció i atenció per a les treballadores del sexe), Elisa Grau de APFCB (Associació per la planificació familiar de Catalunya-Balears)

Presentació i organització de l'acte:
Xarxa de Dones per la Salut

Ca la Dona: Casp 38 pral • Tel. 93 412 71 61 • caladona@pangea.org

Il·lustració: pintura Hùichol - artista desconeguda

Commemoració 28 de maig de 2002

Xarxa de Dones per la Salut

Dones, salut, participació i compromís

PRIMERES JORNADES

30 DE MAIG DE 2003

18.00 h Presentació de les jornades i conferència inaugural **Xarxa de Dones i Salut**, a càrrec d'Esperanza Cerón, coordinadora de la Red de Salud de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC).

19.30 h Taula rodona **Reflexions sobre salut i gènere des de diferents perspectives**, a càrrec de Maria Fuentes (metgessa i educadora en salut) i Creació Positiva, TAMAIA i Migjorn.

31 DE MAIG DE 2003

9.30 h Taula rodona **El paper a desenvolupar per la Xarxa i les associacions de dones davant de les institucions i del Sistema Sanitari Català; necessitats i prioritats**, a càrrec de Pilar Blanco de l'Associació de Dones per la Salut Pública (ADSP) i les entitats: Centre d'Anàlisi Programes Sanitaris (CAPS), Federació de Sanitat de CCOO i l'Associació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears (APFCB).

12.00 h Pausa.

12.30 h Tallers i activitats sobre **Salut i treball, lactància, parts naturals, salut i càncer, informació i premsa sobre dona i salut, violència, incontinència urinària, cura del cos, el treball emocional des dels contes i Grups d'Ajuda Mútua.**

15.00 h Dinar.

16.00 h Taula rodona **El paper de la xarxa i les associacions davant de les dones: necessitats i prioritats**, a càrrec de Leonor Taboada (MyS) i les entitats Dona i Salut, Alba-Lactància Materna i Com. de la Dona del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya (COPC).

18.00 h **Conclusions i propostes d'acció**, a càrrec de Carme Vall.

Acte organitzat per la Xarxa de Dones per la Salut: Actua-Dona, ADIMA, ADQUIRA, ALBA-LACTÀNCIA MATERNAL, AMAM, Àmbit Dona AGATA, APFCB, Associació Catalana de Llevadores, CAPS- Dona i Salut i qualitat de vida, Comissió de la Dona del COPC, Creación Positiva, Departament de la Dona de la UGT, Dona i Salut-Com. pel dret a l'avortament, El Safareig, Gènere i Salut Pública, Migjorn-Casa de Naixements, Revista Mujeres y Salud, Salut i Família, Secretaria de la Dona de CCOO, TAMAIA i TITÀNIA.


Amb el suport de la Diputació de Barcelona (Oficina Tècnica del Pla d'Igualtat) i l'Ajuntament de Barcelona (Regidoria de Drets Civils i Àrea de Serveis Personals).

Lloc Sala d'Actes d'El Far
Carrer Escar, 6 i 8
Barcelona

La inscripció és gratuïta. Cal especificar el nom, l'adreça, la professió, el lloc de treball o l'associació a què es pertany a l'adreça de correu Xarxadedonesperlasalut@hotmail.com, o bé al telèfon 933 226 554 o fax 933 226 554 o a CA LA DONA, Casp, 38 pral., 08036 Barcelona.

Cal confirmar si us quedareu a dinar el dia 31. El bufet val 6 euros.





XARXA DE DONES PER LA SALUT

28 de Maig Dia Internacional d'Acció per la salut de les dones
Als XXV anys de la declaració d'Alma ATA sobre atenció primària, com estan ara els drets de la salut de les dones?

JORNADES DE LA XARXA DE DONES PER A LA SALUT
Barcelona, 30 i 31 de maig de 2003

Lloc de realització: EL FAR
 Escar 5-8 08036 Barcelona
 Metro: Barceloneta

Dimecres 30 de Maig

18h. Presentació de les Jornades

18.30h. Taula Rodona

"El Paper a desenvolupar per la Xarxa i les Associacions de Dones davant de les institucions i el Sistema Sanitari Català" Necesitats i prioritats"

Dissabte 31 de Maig

10.30 Taula Rodona
 "El paper de la Xarxa i les associacions davant de les Dones". Necesitats i prioritats
 Activitats organitzades per les associacions: (tallers)

14. Temps per dinar

15.

15.30 Taula Rodona
 " Reflexions sobre Salut i Gènere des de diferents perspectives"

17.30 Conclusions i Propostes d'acció

18.30 Cloenda

Les Jornades tindran espais per exposició i audiovisuals. Reserveu-vos les places i feu propostes

Commemoració 28 de maig de 2004

El 28 de maig es el dia Internacional d'Acció per la Salut de les Dones

Aquest dia se l'origina el 1987, en una trobada internacional sobre Dones i Salut a Costa Rica, amb l'objectiu de promoure que cada any, sempre un dia en les solides i saludables de les dones, les seves demandes i el grau de compromís dels seus governs.

LA SALUT ÉS PLAER



Organitza:  Amb el suport de:  

**DONES EN XARXA
PROMOVENT LA SALUT**

<p>LA SALUT ÉS PLAER. LA MALALTIA ÉS DESCOBRIMENT</p> <p>La promoció de la salut des d'una perspectiva feminista comporta la capacitat de decidir sobre el nostre benestar, la nostra salut i el nostre cos i, també, la capacitat de viure la pròpia malaltia com un reflex dels conflictes interns i les agressions externes que patim.</p> <p>Parteix d'un concepte de salut concebut no com a absència de malaltia sinó com a autonomia personal, solidària i joiosa. I d'un concepte de malaltia, no com a quelcom negatiu i allè a la persona, sinó com una oportunitat d'aprofundir en el coneixement personal i els propis recursos, i en la relació amb les altres persones que la pateixen.</p>	<p>ACCÉS ALS RECURSOS NECESSARIS AMB IGUALTAT I EQUITAT</p> <p>Promoure la salut vol dir també proporcionar recursos als professionals i a la ciutadania per poder exercir els nostres drets amb totes les garanties. Recursos per aconseguir una societat més saludable, més igual i més equitativa.</p> <p>És això el que volem des de la Xarxa de Dones per la Salut, quan parlem de promoure la salut de les dones:</p>
<p>DRET A DECIDIR I A GAUDIR DEL PROPÍ COS</p> <p>És poder decidir el grau d'implicació biològic, psicològic i social que tenim sobre el nostre entorn, la nostra vida i el nostre cos.</p> <p>Per aconseguir-ho hem d'actuar: promoure i incorporar activitats d'informació, formació, amb pedagogia feminista i, a la vegada, ens hem d'implicar en xarxes basades en els suports naturals de l'entorn de les dones (grups de dones, d'ajuda mútua, de veïnes...).</p>	<p>UNA SALUT PER GAUDIR I CONSTRUIR UN MÓN SALUDABLE</p> <p>Dijous, 27 de maig de 2004, a les 18.30 h a la Bonnemaison Taller-debat sobre Promoció de salut</p> <p>Emma Rosero del Col·lectiu del Llibre de Salut de les dones de Boston <i>"Nuestros Cuerpos, Nuestras vidas"</i> i Già Bernini experta en promoció de la salut creant <i>"Zones lliures d'abús domèstic"</i></p>
<p>DRET DE TOTES A PARTICIPAR</p> <p>Per promoure la salut cal la participació de les dones, professionals, activistes per la salut i ciutadanes que volem el nostre benestar i li donem valor, escoltant i incorporant les veus de totes les dones, especialment dels col·lectius més vulnerables: dones immigrades, dones joves, dones prostitutes, dones pobres, dones lesbianes, dones gitanes, dones seropositives, dones no estàndard, dones afectades de malaltia...</p> <p>En això consisteix també l'empoderament de les dones: participar, des de la seva experiència, com a receptors del sistema sanitari i connectores del seu propi benestar, en el disseny de les recerques, en les propostes i en les formes d'organització sanitària.</p>	<p>Ca la Dona. Casp 38 pral. 08010 Barcelona xarxadedonesperlasalut@hotmail.com</p>

184

Xarxa de dones per la Salut

LA SALUT ÉS PLAER

TALLER - DEBAT SOBRE
DONES EN XARXA PROMOVENT
LA SALUT

Dijous, 27 de maig a les 18.30
amb la participació de:
Emma Rosero *del Col·lectiu del
Llibre de salut de les dones de
Boston (Nuestros Cuerpos,
Nuestras vidas) i*

- Già Bernini experta en promoció de la salut creant "Zones lliures d'abús domèstic prop de Boston"

Lloc:
Centre de Cultura de Dones
Francesca Bonnemaison
Edifici Bonnemaison, carrer Sant Pere
més baix, 7, 2^a planta
Barcelona

Commemoració 28 de maig de 2004

Organitza:



Ca la Dona. Casp 38 pral. 08010
Barcelona
xarxadedonesperlasalut@hotmail.com

amb el suport de



Diputació
Barcelona
xarxa de municipis

**DIA INTERNACIONAL D'ACCIÓ
PER LA SALUT DE LES DONES
Maig 2004**

185

10 i 11 DE DESEMBRE
TROBADA DE GRUPS PARTICIPANTS A LA XARXA DE
DONES PER LA SALUT

Lloc: -Ca la Dona. Carrer Casp, 38, pral. 08010-Barcelona
 xarxadedonesperlasalut@hotmail.com



Es prega portar materials de les associacions per exposar.
 Es poden pagar els desplaçaments de les dones dels grups de fora de Barcelona

Dia 10 de desembre

- 18h. Presentació dels grups i posada en comú de les activitats de cada grup en el darrer període.
- 19.15h. Memòria d'activitats i propostes per l'any 2004-2005 de la Xarxa
- 20h. Situació econòmica i organitzativa de la Xarxa. Aprovació de pressupostos.

Dia 11 de desembre

- 10h. Tallers de Debat
 "La salut és plaer": La promoció de la salut des d'una perspectiva feminista. Algunes experiències de polítiques a Catalunya.
 "Dues per saber, dues per curar": Experiències de relació entre professionals i entre professionals i ciutadanes en les pràctiques sanitàries.
- 12.30h. Descans. Aperitiu
- 20h. Conclusions dels tallers i debat.



Asamblea anual desembre de 2004

Assemblea de la Xarxa

DONES PER LA SALUT

17 de desembre
 a les 10.00 h
 a CA LA DONA
 Casp 38 pral • 08010 Barcelona

Asamblea Anual 2005

Assemblea de la Xarxa **DONES PER LA SALUT**

desembre 2005

Presentació i Activitats dels grups i de la Xarxa.

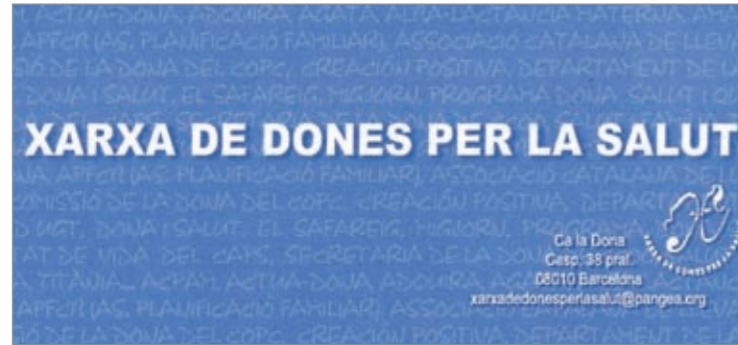
Presentació de la Pàgina Web de la Xarxa com a eina de difusió.

Trobada de Dones 2006. Propostes de activitats de l'Eix Salut.

Propostes de la Xarxa a les Institucions. Consell de L'ICD, Departament Sanitat.

Balanç organitzatiu, econòmic i pressupostos 2006.





Commemoració 28 de maig de 2005



Commemoració 28 de maig de 2007



Som una xarxa de dones feministes
motivades per la salut de les dones
i del conjunt de la població
organitzades en diferents
col·lectius i àmbits: d'usuàries,
d'ajuda mútua, de professionals,
d'activistes per la salut...

Creiem que hem de ser subjectes
actius en el procés de salut i
desitgem millor qualitat, equitat
i calidesa en l'atenció sanitària i
polítiques potenciadores de salut
amb perspectiva de gènere.



Xarxa de Dones per la Salut

«Ca la Dona»

c/ Casp 38, pral.

08010 Barcelona

accio@xarxadedonesperlasalut.org

www.xarxadedonesperlasalut.org

Amb el suport de:



Generalitat de Catalunya

**Institut Català
de les Dones**

10 Anys treballant x la salut de les dones

Som una xarxa de dones feministes
motivades per la salut de les dones
i del conjunt de la població
organitzades en diferents
col·lectius i àmbits: d'usuàries,
d'ajuda mútua, de professionals,
d'activistes per la salut...

Creiem que hem de ser subjectes
actius en el procés de salut i
desitgem millor qualitat, equitat
i calidesa en l'atenció sanitària i
polítiques potenciadores de salut
amb perspectiva de gènere.



Xarxa de Dones per la Salut
«Ca la Dona»
c/ Casp 38, pral.
08010 Barcelona
accio@xarxadedonesperlasalut.org
www.xarxadedonesperlasalut.org

Amb el suport de:



Generalitat de Catalunya
Institut Català
de les Dones

10 ANYS TREBALLANT X LA SALUT DE LES DONES



Xarxa de Dones per la Salut

