

# Integració de la perspectiva de gènere en el sistema sanitari català<sup>1</sup>

M<sup>a</sup> Luisa Panisello Chavarria

## 1. Presentació

La salut és un procés complex. Quan ens referim al concepte *salut* ens basem en una visió integral biopsicosocial de les persones i com a membres d'una comunitat. Parlem dels determinants de la salut. La salut no depèn tan sols de la càrrega genètica d'un individu, depèn de factors psicològics, ambientals, socials, i dins dels determinats socials parlem dels culturals, econòmics, de gènere, que s'anomenen la causa de les causes i que ens poden portar a desigualtats socials.

La definició de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) del terme *desigualtat* en salut fa referència a les diferents oportunitats i recursos relacionats amb la salut que tenen les persones, en funció de la classe social, gènere, territori o ètnia, relacionat amb un pitjor estat de salut dels col·lectius més desafavorits; aquestes diferències pel que fa a la salut són innecessàries, evitables i injustes (Whitehead, 1992). I és aquí on s'inserixen les polítiques públiques amb relació a la salut per tractar de pal·liar aquestes diferències. Les polítiques públiques com a processos mitjançant els quals s'elaboren i s'implementen programes d'acció pública, és

---

1 Aquest article forma part de la tesi "Integració de la perspectiva de gènere al Sistema Sanitari Català" presentada al juliol de 2012 a la Universitat Rovira i Virgili (URV), amb la qualificació de "cum laude". Aquesta tesi va rebre el Premi Maria Helena Maseras a la recerca en gènere 2012 de la URV.

a dir, dispositius politicoadministratius coordinats al voltant d'objectius explícits que busquen corregir la desigualtat que es genera en el sistema de gènere afavorint l'equitat entre homes i dones (Guzmán, 2001).

A partir de la formulació i el desplegament de la teoria dels gèneres es planteja una línia explicativa de la influència del sexe/gènere també dins del procés de la salut i els seus problemes alliberant homes i dones del determinisme biològic i cercant altres factors de caire social.

L'anàlisi de gènere, introduïda en la teorització feminista dels anys setanta, ha tingut especial rellevància en els països anglosaxons, en la mesura que ha permès posar en evidència l'androcentrisme de la ciència, la llengua, la història... i també posar de manifest la construcció social del gènere.

A partir dels anys noranta del segle passat hi ha diferents iniciatives, estudis i publicacions que representen la consolidació dels coneixements científics en la relació del sexe/gènere i la salut que posen en evidència desigualtats existents.

El 1991 la doctora Healy, amb la publicació de l'article "The Yentl syndrome" a la revista *New England Journal of Medicine*, va posar en evidència la mala praxi dels serveis de cardiologia americans perquè no utilitzaven les mateixes tècniques diagnòstiques ni les mateixes exploracions en dones que en homes (Healy, 1991). Aquella anàlisi va mostrar que es practicaven moltes més coronariografies a homes que a dones i que les dones estaven excloses sistemàticament dels assaigs clínics.

Aquests recerques destaquen perquè són l'inici i el referent en la construcció del coneixement sobre la influència del gènere en la salut i els problemes de salut. Marcia Angell, en l'editorial del *New England Journal of Medicine* (juliol de 1993), analitza la discriminació de les dones en la investigació mèdica i n'assenyala la discriminació en tres aspectes:

1. Les malalties de les dones han estat menys estudiades.
2. És menys probable que les dones estiguin incloses com a participants en assaigs clínics.
3. És improbable que les dones puguin arribar a ser directores d'investigacions per dur a terme assaigs clínics.

Per constatar aquestes diferències que ens poden portar a desigualtats, utilitzem els indicadors de salut, una de les fonts de dades d'aquest

indicadors constitueix l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA)<sup>2</sup>. Analitzant les dades de l'ESCA observem els diferents comportaments de dones i homes respecte als factors relacionats amb la salut i els seus problemes. Amb relació a la mortalitat<sup>3</sup>, les dones viuen més anys però amb més problemes de salut i menys qualitat de vida. La primera causa de mort en els homes la constitueixen els càncers i en les dones les malalties cardiovasculars (MCV).

Les *malalties cardiovasculars* (MCV) comprenen un conjunt d'entitats clíniques que afecten el cor o els vasos sanguinis (artèries i venes). Com ja hem dit abans, és la primera causa de mort de les dones a Catalunya i de manera similar a la resta del món occidental. Això fa que la nostra tesi estigui centrada en aquesta mena de malaltia. A pesar de l'evidència de les dades, es considera "malaltia d'homes".

En el nostre entorn, el 1991 Jaume Marrugat i el seu equip col·laborador van publicar l'article "Supervivencia a los 10 años de una cohorte de 736 pacientes con un primer infarto de miocardio: ¿Diferencias entre sexos?". Van apuntar diferències que s'han evidenciat en estudis posteriors (Marrugat, 1991).

El 1998 J. Marrugat i altres van publicar un estudi al *Journal of the American Medical Association* (JAMA) en el qual posaven de manifest que les dones que patien el primer infart agut de miocardi (IAM) solien ser més grans que els homes (la mitjana d'edat de dones era de 68,6 anys i dels homes 60,1). Les dones presentaven més problemes de comorbiditat (diabetis, HTA, havien tingut dolor al pit anteriorment...), presentaven infarts més greus i amb complicacions. Aquest estudi evidencia que la taxa de mortalitat després del primer infart és més elevat en les dones. Al cap de 28 dies d'haver patit l'infart, més del 18% de les dones morien enfront d'un 8% dels homes i, al cap de sis mesos posteriors al IAM, quasi un 26% de les dones havien mort enfront d'un 12% dels homes. L'estudi també va posar llum sobre un altre fet: les dones tardaven més a anar a l'hospital. La mitjana de temps entre la presentació dels símptomes i la

---

2 <[http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/osscc\\_Dades\\_estadistiques/Estat\\_salut\\_estils\\_vida/Informacio\\_general\\_enquestes\\_salut/Enquestes\\_salut/Fitxers\\_estadistics/Enquesta\\_salut\\_2012\\_edicio\\_maig.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/osscc_Dades_estadistiques/Estat_salut_estils_vida/Informacio_general_enquestes_salut/Enquestes_salut/Fitxers_estadistics/Enquesta_salut_2012_edicio_maig.pdf)> (última revisió, juny 2014).

3 <[http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/El%20Departament/Estadistiques%20sanitaris/Dades%20de%20salut%20i%20serveis%20sanitaris/Mortalitat/documents\\_mortalitat/arxius/mortalitat\\_2012.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/El%20Departament/Estadistiques%20sanitaris/Dades%20de%20salut%20i%20serveis%20sanitaris/Mortalitat/documents_mortalitat/arxius/mortalitat_2012.pdf)> (última revisió, juny 2014).

monitorització en les dones que pateixen el primer IAM era d'una hora més que en els homes.

L'article "Género y cardiopatía isquémica" d'Isabella Rohlfs i altres feia referència al fet que la *cardiopatía isquémica* (CI) és una de les malalties en les quals queden reflectides clarament les diferències biològiques i les desigualtats socials, també feia referència la forma d'aparició CI, és més "atípica" (el quadre típic és el descrit inicialment per als homes) en les dones com poden ser: molèsties digestives, dolor irradiat a mandíbules (Rohlfs, 2004).

En múltiples estudis s'evidencien les diferències epidemiològiques i amb relació al gènere de les MCV entre homes i dones (Marrugat *et alii*, 1991; Marrugat *et alii*, 1998, 2006; Lori Mosca *et alii*, 1999; Mosca *et alii*, 2004; Rohlfs, 2004; Regicor, 1978-2008; Aguado-Romero *et alii*, 2006; Hernández, 2006; Wenger, 2006; Stramba, 2006; Heras, 2006; Bernal *et alii*, 2006; Tornos, 2006; Grau, *et alii*, 2008; Cao *et alii*, 2010).

Cal assenyalar per la seva importància, l'informe de la Societat Espanyola de Cardiologia (2006). En les conclusions i recomanacions finals fa palès que existeixen diferències amb relació al sexe/gènere i les MCV pel que fa a:

- Característiques clíniques i etiològiques
- Perfil dels factors de risc cardiovascular
- Realització de proves diagnòstiques
- Mesures terapèutiques
- Pronòstic

Avancem que l'objecte d'aquesta tesi és conèixer si el sistema sanitari català, com a element generador de polítiques públiques, integra la perspectiva de gènere, centrant l'objecte d'estudi en les MCV.

## 2. Polítiques d'igualtat i sistema sanitari

Hi ha la preocupació per part dels organismes internacionals i dels governs d'introduir la perspectiva de gènere en les polítiques de salut. L'objectiu general d'aquestes polítiques és fer front a les desigualtats que es deriven dels diferents papers de les dones i els homes, i també de les desiguals relacions de poder entre ells i les conseqüències d'aquestes desigualtats en la seva vida, la salut i el benestar.

La IV Conferència Mundial de les Nacions Unides (ONU) sobre les Dones que va tenir lloc a Pequín (setembre, 1995) marca la línia que ha d'orientar tota acció de govern analitzant els efectes des del punt de vista del gènere de totes les polítiques i programes, el que s'anomena *transversalitat*. A partir d'aquí, el sistema sanitari, com a part integrant del sistema social, ha d'orientar les accions de govern integrant la perspectiva de gènere per assolir l'equitat i la igualtat entre homes i dones.

El 2002 l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va elaborar un document sobre la política de l'OMS pel que fa al gènere: "Integració de les perspectives de gènere en la labor de l'OMS". En la declaració introductòria Gro Harlem Brundtland, directora general, assenyala que la integració de les perspectives de gènere en l'acció sanitària obeeix a un criteri just de salut pública.

El document diu que la política de l'Organització és vetllar perquè totes les investigacions, les polítiques, els projectes, els programes i les iniciatives en què participi l'OMS, incorporin qüestions de gènere.

Entre les metes i objectius destaquem:

- Promoure l'equitat i la igualtat entre homes i dones al llarg de la vida.
- Proporcionar informació qualitativa i quantitativa sobre la influència del gènere en la salut i l'atenció de salut.
- Promoure la integració dels assumptes de gènere en els sistemes de salut.

En la Declaració del mil·lenni de les Nacions Unides i en altres acords internacionals com el tractat de la Unió Europea i la Carta dels drets fonamentals de la Unió Europea, es reconeix la importància del dret a la igualtat entre homes i dones, i el dret de tothom a viure sense patir discriminacions en cap esfera de la vida, incloent-hi l'accés a l'atenció de salut.

Les administracions públiques, seguint les recomanacions dels organismes internacionals<sup>4</sup>, han de garantir la igualtat del dret a la salut de les dones i els homes mitjançant polítiques públiques.

El sistema sanitari de l'Estat espanyol, per mitjà de la Llei general de sanitat del 1986, estableix les bases d'un model d'ordenació sanitària,

---

4 60a Assemblea Mundial de la Salut (2007). Incorporació de l'anàlisi i les accions de gènere en les activitats de l'Organització Mundial de la Salut (2002). Declaració i Plataforma d'Acció de Pequín (1995). Declaració del Mil·lenni de l'Organització de les Nacions Unides (2000).

mitjançant la creació del Sistema Nacional de Salut, amb un caràcter descentralitzador.

A Catalunya, per mitjà de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, es crea el Servei Català de la Salut com a ens per organitzar i ordenar el sistema sanitari català.

Els principals instruments de planificació estratègica del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, segons la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya abans esmentada, són tres: el Pla de salut, els plans directors i el Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública. El Pla de salut determina les prioritats de salut que s'estructuren com a punt de referència per la visió estratègica del Mapa. Els plans directors operativitzen les prioritats dels plans de salut.

### 3. Objecte d'estudi, disseny i metodologia

Atesa aquesta realitat, la pregunta que es va formular en aquesta tesi va ser: el sistema sanitari català ha incorporat la perspectiva de gènere en el procés que segueix el desplegament de les polítiques sanitàries fins a arribar als eixos de l'atenció de salut?

La nostra hipòtesi general és que, en el sistema sanitari català, la perspectiva de gènere és present en el compromís i en el marc normatiu però no arriba amb la mateixa intensitat a tot el procés de desplegament de polítiques públiques.

La importància d'aquest concepte de gènere i la seva interrelació amb l'objecte d'estudi central ens ha portat a elaborar una definició pròpia del que és una política pública de gènere.

Definim política pública amb perspectiva de gènere o sensibilitat de gènere la política que inclou en la seva maquinària institucional de desenvolupament la visibilitat i participació de les dones, que té en compte la transversalitat en les actuacions i els factors determinants en el procés de salut en relació amb el sexe/gènere, emprant un llenguatge no sexista ni androcèntric, amb l'objectiu de minorar i eliminar les desigualtats socials en relació amb el gènere.

*La visibilitat* constitueix el primer element que cal tenir en compte en una política pública amb perspectiva de gènere, és fer visibles les dones en un món androcèntric. En relació amb l'androcentrisme, Ortiz (2006) diu que implica la identificació de l'element masculí amb l'humà

en general i, a la vegada, per equiparar el factor humà amb el masculí, la qual cosa comporta constituir el factor masculí com a norma.

*La participació* en el nostre estudi l'analitzarem amb relació al nomenament dels equips directors, redactors, consells assessors, òrgans de participació, que han de tendir a ser paritaris.

*El llenguatge i les imatges* pel que fa a la utilització d'un llenguatge integrador que visibilitzi igual dones i homes, tant en el llenguatge escrit com en el visual.

*Els determinants en relació amb el sexe/gènere*, els elements o factors en relació amb el sexe/gènere que intervenen com a determinants de salut i dels seus problemes.

*La transversalitat*: la transversalitat implica que el gènere sigui present en totes les polítiques i mesures generals i que, en el moment de planificar-les, es tingui en compte l'impacte que produiran en homes i en dones.

El nostre estudi l'enquadrarem dins dels estudis feministes de la igualtat, perquè analitzem les polítiques d'igualtat de la Generalitat de Catalunya en relació amb la salut, seguint les polítiques internacionals respecte a la igualtat entre homes i dones<sup>5</sup> des de la voluntat política de la no-discriminació i de la igualtat de drets i oportunitats.

En les seves aportacions sobre gènere i ciència, Sandra Harding (1996) exposa tres posicions epistemològiques que són: *empirisme feminista*, *punt de vista feminista (Feminist Standpoint)* i *postmodernisme feminista*. Podem enquadrar la nostra tesi en l'epistemologia *punt de vista feminista*, ja que el nostre objecte d'estudi és analitzar si la perspectiva de gènere és present en les diferents etapes del procés que segueixen les polítiques públiques. Per fer-ho, aplicarem l'enfocament de gènere des del plantejament, visibilitzant aspectes que poden ser considerats "no rellevants" des del punt de vista biomèdic.

Per contestar la pregunta inicial, i ateses les característiques de l'objecte d'estudi, hem optat per utilitzar dues tècniques de recollida d'informació: la revisió documental i les entrevistes en profunditat.

Mitjançant la revisió documental hem analitzat les polítiques desplegadas per transformar i millorar la situació de les dones a Catalunya

---

5 Declaració del Mil·lenni de l'Organització de Nacions Unides (2000). Declaració i Plataforma d'Acció de Pequín (1995). Incorporació de l'anàlisi i les accions de gènere en les activitats de l'Organització Mundial de la Salut (2002).

i que han estat dutes a terme pels diferents governs de la Generalitat i plasmades en els diversos plans de polítiques de dones, des del primer pla (1989-1992) fins a l'últim pla publicat en el moment de l'estudi (2008-2011). Centrant l'anàlisi en les actuacions relacionades amb el Departament de Salut, hem revisat la legislació del Departament de Salut, en relació amb el tema d'estudi, perquè constitueix el primer pas per traduir la voluntat política. En concret hem optat per analitzar com s'incorpora la perspectiva de gènere, definida anteriorment, en els plans directors del Departament de Salut publicats, en el moment de l'estudi, ja que aquests plans constitueixen l'instrument per fer operatives les prioritats en les polítiques sanitàries. En l'article 2 de tots els decrets de creació dels plans directors, s'estableixen les funcions determinades de cada Pla, i l'article 2.2 diu:

2.2: En el desenvolupament d'aquestes funcions es fa el seguiment i la validació de l'ús de la variant de *gènere*, de manera que es tinguin en compte les especificitats de salut de les dones amb l'objecte de donar resposta i oferir una atenció integral davant les seves necessitats.

Els plans directors que hem analitzat són:

- *Pla director d'immigració en l'àmbit de la salut (PDI)*. Decret 42/2006, de 14 de març (DOGC n. 4594, de 16 de març). (Generalitat de Catalunya, 2006).
- *Pla director sociosanitari (PDSS)*. Decret 39/2006, de 14 de març (DOGC n. 4594, de 16 de març). (Generalitat de Catalunya, 2006).
- *Pla director de salut mental i addiccions*. Decret 30/2006, de 28 de febrer (DOGC n. 4584). (Generalitat de Catalunya, 2006).
- *Pla director d'oncologia (PDO)*. Decret 27/2006, de 28 de febrer (DOGC n. 4584 de 2 de març de 2006). (Generalitat de Catalunya, 2006).
- *Pla director de les malalties de l'aparell circulatori (PDMAC)*. Decret 28/2006, de 28 de febrer (DOGC n. 4584 de 2 de març de 2006). (Generalitat de Catalunya, 2006).

Un cop analitzats els plans, aquesta tesi s'ha centrat en l'estudi del *Pla director de les malalties de l'aparell circulatori* i, dins d'aquest pla, en el *Pla director de les malalties cardiovasculars* (PDMCV). El motiu d'aquesta decisió ha estat acotar l'objecte d'estudi; i la selecció d'aquest pla respon,

com ja hem esmentat anteriorment, al fet que les malalties cardiovasculars constitueixen la primera causa de mort entre les dones.

Pel que fa a les entrevistes en profunditat hem dissenyat tres grups d'anàlisi i en total n'hem fet 27. El primer grup l'han format persones expertes en polítiques de salut i gènere, amb l'objectiu d'identificar els elements que formen part d'una política pública amb perspectiva de gènere i també les dificultats que poden presentar el disseny i l'aplicació.

El segon grup d'anàlisi ha estat format per persones implicades en el disseny del *Pla director de les malalties cardiovasculars*, per saber com s'ha desplegat el marc normatiu i si s'ha integrat, o no, la perspectiva de gènere en la redacció d'aquest Pla.

Han format part del tercer grup d'entrevistats professionals sanitaris que implementen el PDMCV a la regió sanitària de les Terres de l'Ebre. Analitzant si en la seva praxi professional el gènere hi és present.

La característica de la recerca que hem portat a terme és la transversalitat, ja que, partint de l'anàlisi de les polítiques d'igualtat per raó de gènere de la Generalitat de Catalunya, ens centrem en la implementació en el cas de les polítiques de salut. Cerquem si aquestes polítiques tenen en compte, en el disseny i implementació, els elements que configuren la perspectiva de gènere, per pal·liar les desigualtats existents en relació amb la salut i garantir l'atenció integral de les persones.

#### **4. Conclusions**

Després de l'anàlisi que hem realitzat podem concloure que, a partir del V Pla de polítiques de dones del Govern de la Generalitat de Catalunya, s'introdueix, de manera explícita, la transversalitat de gènere en totes les polítiques, i amb aquesta finalitat es crea una comissió interdepartamental per fer seguiment del Pla. Aquest Pla proposa mesures per a aquesta incorporació amb l'objectiu de garantir que l'assistència sanitària tingui en compte la perspectiva de gènere. Les mesures previstes són: recollir informació sanitària en dades sensibles a les diferències en salut per raó de sexe; garantir que els estudis i treballs de recerca contemplin l'especificitat de la salut de les dones; donar visibilitat a les dones en els sistemes de recollida de dades; potenciar la realització de postgraus i màsters amb perspectiva de gènere, i introduir la perspectiva de gènere en els plans de salut. El VI Pla segueix les mateixes línies marcades per l'anterior pla

respecte a la integració de la perspectiva de gènere en el sistema sanitari català.

La major part de les accions de govern (que formen part del marc normatiu) que afecten les polítiques de dones i que corresponen a l'acció del Departament de Salut es van dur a terme majoritàriament el 2006. És durant aquest any quan es publica el Decret de creació dels plans directors i els seus consells assessors. Des del 2006 fins al 2010 es produeix una davallada d'aquestes normatives. Amb relació als tipus d'accions, podem dir que les dues principals han estat, d'una banda, introduir el gènere com a determinant de salut en cada element regulador (ja siguin els plans, els programes, els protocols, etc.) i, d'altra banda, procurar la participació paritària en les diferents estructures organitzatives.

Amb aquestes mesures legislatives, hem constatat que, explícitament, queda palesa la voluntat política de la integració de la perspectiva de gènere en els plans.

Amb relació a les dimensions o elements que han de ser presents en una política pública amb perspectiva de gènere, concloem que la *visibilitat de les dones* és el primer pas per planificar una política pública amb perspectiva de gènere, ja que cal disposar de dades per poder analitzar i fer visible la realitat social. De manera contrària, esbiaixarem la interpretació de la realitat. Així, doncs, un pla no pot tenir un enfocament de gènere si no comencem per tenir les dades desagregades.

Respecte a aquesta mesura, en l'anàlisi que hem realitzat dels plans directors podem dir que les dades comencen a estar desagregades per sexe amb relació a les morbiditats i mortalitats. Tanmateix, no totes les dades que es presenten en els plans directors analitzats estan desagregades per sexe. Segons els informants del Departament de Salut, aquest òrgan no disposa de mecanismes estables de revisió dels documents per portar a terme aquesta mesura.

Amb les dades desagregades tenim una descripció de la situació per sexes, però cal analitzar aquestes dades i creuar-les per poder realitzar una anàlisi explicativa i sistemàtica amb perspectiva de gènere. En l'anàlisi que hem fet dels plans directors hem trobat que no hi ha una explicació de les diferències trobades ni es realitza cap anàlisi en perspectiva de gènere per explicar-les. Podem concloure, tal com diuen les nostres expertes, que no es realitza una anàlisi explicativa de les diferèn-

cies trobades de la descripció de la situació de les dades desagregades, ni es construeixen indicadors de gènere.

Amb relació a l'ús del llenguatge escrit i visual, tal com han manifestat les nostres informants del primer grup, hauríem de ser molt curosos i curoses a l'hora d'utilitzar el llenguatge, ja que és una eina que vehicula els pensaments i hi incorpora valors; cal adaptar el llenguatge perquè no sigui discriminatori i visibilitzi totes les persones de la societat.

Arran de l'anàlisi del segon grup, podem concloure que els i les professionals directament vinculats amb el Departament de Salut són més conscients de la importància del llenguatge visual i escrit pel que fa a la visibilitat de les dones i de no utilitzar un llenguatge sexista ni androcèntric que els altres professionals implicats en la redacció del Pla. El Departament no disposa de mecanismes estables de revisió perquè el llenguatge no sigui ni androcèntric ni sexista. Concloem que hi ha una escletxa en la importància que es dona a la utilització del llenguatge no androcèntric ni sexista entre les persones redactores del pla que formen part directament del Departament i els altres redactors entrevistats. Amb relació al llenguatge utilitzat en la redacció dels diferents plans, podem afirmar que no és clarament androcèntric ni sexista, però sol utilitzar el masculí com a genèric.

Amb relació a la *transversalitat (mainstreaming)*, les expertes (1r grup) ens reafirmen que el gènere, com a construcció social, requereix polítiques transversals amb un esforç polític, econòmic i de recursos humans. En el disseny i la planificació per desplegar un marc normatiu en perspectiva de gènere es fan necessàries comissions interdepartamentals per poder treballar d'una manera transversal tots els departaments que estan involucrats en una política pública determinada, que faciliti l'intercanvi d'informació i el diàleg entre els diferents òrgans implicats i les persones que hi treballen.

Els i les informants del 2n grup d'anàlisi ens assenyalen la dificultat que presenta el fet de treballar transversalment amb altres departaments. La transversalitat, des del Departament de Salut, es treballa mitjançant la Comissió Interdepartamental, liderada per l'ICD en relació al Pla de polítiques de dones 2008-2011.

Amb relació a l'anàlisi que hem fet del plans, concloem que els únics exemples que es mostren com a treball transversal en els plans és

en el Pla director d'immigració. El PDMCV, objecte del nostre estudi, no mostra cap actuació transversal amb altres departaments, ni part dels redactors veuen aquesta necessitat.

Amb relació a la *participació*, com assenyalen les nostres informants expertes (1r grup), encara que s'hagin incorporat moltes dones al sistema sanitari, aquest fet no es reflecteix en un canvi. Les dues formes de discriminació que es donen en el treball productiu en relació amb el gènere també es produeixen dins del sistema sanitari: d'una banda, la discriminació horitzontal, perquè hi ha especialitats molt masculinitzades influenciades pels estereotips (cardiologia, cirurgia...) i, de l'altra, la discriminació vertical o "sostre de vidre", amb relació a la carrera professional (caps de servei...).

La participació de les dones l'hem analitzat mitjançant el nombre de dones que formen part de les diferents comissions de redacció dels plans. Les persones informants del Departament ens assenyalen que la paritat en les comissions és una mesura més teòrica que real. Arran de l'anàlisi realitzada podem concloure que no s'ha tingut en compte la paritat de sexes en la participació en els equips de treball; observem que aquesta participació és molt desigual en els diferents plans i grups de treball.

Encara que la Llei per a la igualtat efectiva de dones i homes (2007) assenjala que la participació en els poders públics ha de ser paritària, ens trobem lluny d'aquesta realitat. Existeixen dificultats per a la participació de les dones en la vida pública per poder parlar d'una societat paritària. Alguns dels motius que apunten les expertes són els estereotips androcèntrics de molts dels professionals, que no veuen les dones com a expertes, i al poder de les xarxes masculines, que són molt potents, enfront de la feblesa de les xarxes de poder de les dones i que en l'imaginari encara perdura la valorització més gran dels homes. Caldria aprofundir en nous estudis per cercar coneixement del qual radica la dificultat per assolir la paritat en la participació.

En aquestes conclusions volem assenyalar el que ens diuen les informants expertes amb relació a la participació. Les dones busquen formes de participació alternatives, com poden ser les xarxes, que els permeten posar-se amb contacte amb altres dones per motius personals,

professionals i de tota mena. En remarquen la importància en l'actual moment històric i que suposa un canvi en els models de gestió.

Amb relació a la *formació*, com diuen les nostres informants expertes (1r grup), la invisibilització dels problemes de salut de les dones fruit de la visió androcèntrica en la formació de les ciències de la salut va formant estereotips en l'imaginari dels professionals. Assenyalen la importància d'incloure la perspectiva de gènere en la formació del pre-grau en els estudis de les ciències de la salut, per evitar els biaixos que es produeixen en la praxi professional amb relació al gènere i la manca d'esforç terapèutic. Actualment, la formació que es dona encara es troba molt emmarcada dins del paradigma biologista i androcèntric. Arran de l'anàlisi del segon grup, podem constatar que no s'ha realitzat cap mena de formació amb relació al gènere a les persones que han dissenyat i redactat el Pla.

Quant a la *recerca*, com diuen les expertes, l'objectiu és generar coneixements amb perspectiva de gènere per deconstruir el paradigma androcèntric en les ciències de la salut i incorporar el paradigma integral en la formació dels i de les professionals.

Assenyalen la importància d'incloure les dones en els assaigs clínics i altres estudis de salut. Els organismes de finançament de recerca haurien de promoure la recerca i ampliar-la amb relació a la salut, a les dimensions biomèdiques, socials i ambientals, tot incloent les consideracions de gènere per pal·liar les desigualtats existents amb relació al gènere.

Arran de l'anàlisi del segon grup, constatem que, des el Departament no es preveu la recerca dins del PDMCV. La recerca que finança el Departament és recerca bàsica. Tots els i les informants veuen la necessitat de la recerca, ja que és l'única manera de contestar els dubtes generats i visibilitzar els problemes de salut i les seves causes, encara que algun informant dubti de la validesa dels estudis realitzats en altres indrets.

Amb relació al *gènere com a determinant*, les nostres informants ens assenyalen la importància d'incloure els determinants de gènere si es vol prestar una atenció integral a les persones. Per esbrinar els factors determinats pel gènere en el procés salut-malaltia vinculats a factors estructurals de la societat i als propis de cada individu, cal fomentar l'estudi i la recerca des de la visió biopsicosocial de les persones.

Després de la bibliografia que hem consultat, amb relació a les MCV, destaquem l'informe "Enfermedad Cardiovascular en la Mujer, en España 2006", realitzat per la Sociedad Española de Cardiología (SEC) per encàrrec de l'Observatorio de Salud de la Mujer (OSM). L'estudi posa en evidència el biaix amb relació al gènere, amb el menor esforç diagnòstic i terapèutic que es realitza envers les dones en l'atenció de les MCV. La introducció de l'informe diu: "No podem oblidar que la major part de l'evidència en què es basa l'actuació mèdica actual s'ha obtingut a partir d'estudis amb una participació masculina més gran."

Després de les revisions realitzades, podem concloure que existeix el coneixement amb relació a les MCV i el sexe/gènere a partir de les recerques realitzades, que hi ha consens pel que fa a la comunitat científica en aquest coneixement. Però, malgrat tots els esforços que es fan des de societats científiques, organitzacions estatals, internacionals i publicacions específiques per traslladar aquest coneixement a les polítiques sanitàries i a la seva implementació, si analitzem les respostes dels i de les nostres informants podem concloure que aquest coneixement no es tradueix en el Pla Director de les MCV. En la bibliografia general del PDMCV, no hi ha referenciat cap document en què es relacioni l'objecte del Pla amb el gènere. En l'apartat de propostes, de sis citacions només dues fan referència al sexe/gènere amb relació a la mortalitat per IAM.

Després de l'anàlisi realitzada, podem concloure que la voluntat política expressada en el Decret 28/2006 de 28 de febrer (DOGC 4584, de 2 de març) de creació dels plans directors i del seu Consell Assessor, no queda reflectida en aquests plans; observem que hi ha alguns elements que poden perfilar un inici en aquest sentit, com és la desagregació de les dades, però que aquestes no van acompanyades d'una anàlisi amb perspectiva de gènere.

L'ús del llenguatge escrit i visual és un dels elements en què s'ha avançat, però el Departament de Salut no revisa els documents en aquest sentit. Els altres elements que formarien part d'una política en perspectiva de gènere falta molt per poder-los assolir.

Després de la revisió i de l'anàlisi documental i de l'anàlisi del grup d'expertes en polítiques públiques de gènere i salut (1r grup) i del grup de persones implicades en el disseny i en la redacció del PDMCV, podem concloure que els plans directors, com a maquinària institucional

que dissenya els mecanismes per assolir objectius envers els problemes o situacions determinades amb relació a la salut, no tenen en compte la voluntat política explicitada en el marc normatiu d'integrar la perspectiva de gènere.

Existeix una esclletxa entre la normativa i la part operativa que disposa el Departament per desplegar la norma, que es podria recuperar amb l'avaluació dels plans i posterior revisió.

Amb relació a l'anàlisi de les entrevistes efectuades al grup format per professionals que implementen el PDMCV a les Terres de l'Ebre (3r grup) podem extreure'n algunes conclusions. Pel que fa a la *formació en gènere* en la formació pregraduada que van cursar, no hi havia present la perspectiva de gènere. Els cursos promoguts per la Institució amb relació al gènere, en l'atenció primària, han anat dirigits a la formació amb relació als protocols sobre la violència masclista, mutilacions genitals femenines i, últimament, la fibromiàlgia, però no amb relació a les malalties cròniques.

Podem concloure que les i els nostres informants no han rebut formació amb relació al gènere, la salut i els seus problemes generals, ni tampoc sobre el gènere i les MCV.

Per fer front a aquesta situació de manca de formació específica (Panisello, 2010), caldria integrar el gènere en la formació del pregrau en les ciències de la salut. Per garantir que tot l'alumnat adquireixi els coneixements, el model més adient seria el d'assignatura troncal dins del currículum. Formarien part d'aquesta formació: el concepte de gènere, la construcció social del gènere, la relació del gènere amb la salut i els seus problemes, i el coneixement de les polítiques d'igualtat.

A més a més, caldria introduir la perspectiva de gènere d'una manera transversal en totes les temàtiques d'estudi.

L'androcentrisme existent en la pràctica professional pot estar influït per la formació que es rep i les dinàmiques socials existents, que han creat un imaginari col·lectiu amb relació a les MCV. Per deconstruir i canviar aquest imaginari col·lectiu cal formació, recerca i difusió dels resultats de les recerques. Fem nostres les conclusions de l'*Informe sobre enfermedades cardiovasculares en la mujer*, de la Sociedad Española de Cardiología, que diu: "Cal que les oportunitats de millora passin per campanyes dirigides a les dones que apostin per la conscienciació que la

cardiopatía isquèmica és una malaltia que afecta d'una manera molt important les dones, com d'altres ja incloses en la mentalitat preventiva de la dona, com el càncer de mama. D'altra banda, sembla necessari engregar programes que canviïn l'actitud de tots els àmbits assistencials per millorar la identificació precoç de la síndrome coronària aguda en la dona, i aconseguir l'optimització en la pràctica real del seu tractament d'acord amb les recomanacions de les guies de les diferents societats científiques. Aquests programes i campanyes també cal que emfatitzin amb la resta de patologies relacionades amb la cardiopatía isquèmica, com la Insuficiència Cardíaca i la Hipertensió Arterial, entre d'altres" (Sociedad Española de Cardiología, 2006).

La integració de la perspectiva de gènere no es veu com un fet estructural dins de l'atenció integral de les persones, sinó més aviat com un element de qualitat assistencial relacionat amb la sensibilitat d'alguns/es professionals sobre el tema.

Després de la cerca realitzada acceptarem la hipòtesi general que ha guiat la nostra recerca: "En el sistema sanitari català, la perspectiva de gènere està present en el compromís i en el marc normatiu, però no arriba amb igual intensitat a tot el procés de desenvolupament de les polítiques públiques."

Després d'haver estudiat i d'haver analitzat tot el procés que segueixen les polítiques públiques amb relació a la igualtat que porta a terme la Generalitat de Catalunya, d'haver fixat l'objecte d'estudi en la integració del gènere al sistema sanitari i, dins d'aquest sistema, en el PDMCV, i després d'haver acceptat la hipòtesi general que ha guiat la nostra recerca, volem assenyalar que, en el sistema sanitari català i en el cas que hem estudiat, es donen les condicions objectives per poder integrar la perspectiva de gènere en un grau més gran del que s'ha integrat, ja que hi ha la voluntat política de fer-ho: però, tanmateix, aquesta voluntat es transmet molt parcialment en el disseny del PDMCV.

En conclusió, no s'han posat les eines perquè la voluntat política quedi reflectida en el Pla, com podrien ser: la formació en gènere de les persones que participen en el disseny del Pla, la participació en el disseny del Pla de persones expertes en gènere, la revisió i utilització de les recerques sobre el tema, recomanacions de les societats professionals (Sociedad Española de Cardiología, Comitè per a l'Elaboració de Guies

de Pràctica Clínica de la Societat Europea de Cardiologia) i de l'OMS per integrar la perspectiva de gènere als sistemes sanitaris, l'existència d'observatoris que vetllin per la integració de la perspectiva de gènere en tot el procés de disseny i implementació d'aquesta perspectiva en les polítiques públiques.

La integració de la perspectiva de gènere a la pràctica professional depèn de la sensibilitat de cada professional.

Ens preguntem si aquesta manera de funcionar per a un Pla com aquest és efectiva per assolir els canvis desitjats, o tot queda en la mateixa redacció. Caldrà veure si se n'avalua el seguiment i s'hi introdueixen els canvis per aconseguir que la voluntat política d'integrar la perspectiva de gènere en el sistema sanitari es pugui reconduir i no quedi exclosa per manca de recursos.

Potser el sistema sanitari en aquest moment històric que vivim, tal com assenyalen les expertes en polítiques públiques de gènere i salut (1r grup), hauria de buscar fórmules de participació i donar veu a les xarxes existents a la societat, ja que, com hem vist, és una fórmula de participació molt pròpia de les dones.

## **Bibliografia<sup>6</sup>**

AGUADO-ROMERO, María J.; MARQUEZ-CALDERON, Soledad; BUZÓN-BARRERA, María L. "Diferencias entre mujeres y varones en el acceso a procedimientos cardiovasculares intervencionistas en los hospitales públicos de Andalucía". *Revista Española de Cardiología* 2006; 59(8): 785-93.

BERNAL, Oscar.; MORO, Concepción. "Arritmias cardiacas en la mujer". *Revista Española de Cardiología* 2006; 59(6): 609-18.

CAO TORIJA, María José; CASTRO ALIJA, María José; SANTO TOMAS PEREZ, Magdalena. "Enfermedades Cardio vasculares: Problemas de salud en las mujeres". En *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*. Universidad de León 2010; nº5: 185-217.

GENERALITAT DE CATALUNYA. *III Pla d'actuació del Govern de la Generalitat de Catalunya per a la igualtat d'oportunitats per a les dones 1998-2000*. Barcelona: Institut Català de la Dona; 1998.

---

<sup>6</sup> Hem considerat oportú referenciar el nom propi de les persones autores de la bibliografia consultada per poder visualitzar fàcilment l'autoria segons el sexe.

- *IV Pla d'Actuació del Govern de la Generalitat de Catalunya per a la Igualtat d'Oportunitats per a les dones 2001-2003*. Barcelona: Institut Català de la Dona; 2001.
  - *V Pla d'Acció i Desenvolupament de les Polítiques de Dones a Catalunya (2005-2007)*. Barcelona: Institut Català de les dones; 2006.
  - *Pla Director Sociosanitari*. Barcelona: Departament de Salut; 2006.
  - *Pla Director de Salut Mental i Addicions*. Barcelona: Departament de Salut; 2006.
  - *Pla Director d'Oncologia*. Barcelona: Departament de Salut; 2006.
  - *Pla Director de les Malalties de l'Aparell Circulatori*. Barcelona: Departament de Salut; 2006.
  - *Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut*. Barcelona: Departament de Salut; 2006.
  - *Registre Gironí del Cor. Estudi REGICOR a les comarques de Girona 1978-2008*. Barcelona: Departament de Salut; 2008.
  - *VI Pla de Polítiques de Dones del Govern de la Generalitat de Catalunya 2008-2011*. Barcelona: Institut Català de les Dones; 2008.
  - *Enquesta de Salut de Catalunya 2012. Informe dels principals resultats*. 1a edició: maig 2013. Barcelona: Departament de Salut; 2013.
- GRAU, Maria; MARRUGAT, Jaume. "Funciones de riesgo en la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares". *Revista Española de Cardiología*, 2008; 61(4): 404-16.
- GUZMAN, Virginia. *La institucionalidad de género en el estado: Nuevas perspectivas de análisis*. Santiago de Chile: Unidad Mujer y Desarrollo; 2001.
- HARDING, Sandra. *Ciencia y feminismo*. Madrid: Ediciones Morata S.L.; 1996.
- HEALY, Bernardine. "The Yentl syndrome". *New England Journal of Medicine*. Boston: 1991; 325: 274-276.
- HERAS, Magda. "Cardiopatía isquémica en la mujer: presentación clínica, pruebas diagnósticas y tratamiento de los síndromes coronarios agudos". *Revista Española de Cardiología*, 2006; 59(4): 371-81.
- HERNÁNDEZ ANTOLÍN, Rosa A.; RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ, José E. "Estrategias de revascularización: importancia del sexo". *Revista Española de Cardiología*, 2006; 59(5): 487-501.

- Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya. *Diari Oficial Generalitat Catalunya* de 26 de novembre de 1990, núm. 1324.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, general de Sanidad. *Boletín oficial del Estado*, 24 de abril de 1986, núm. 101.
- Ley 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. *Boletín oficial del Estado* de 23 de marzo de 2007, nº 71.
- MARRUGAT, Jaume; SALA, Joan; RIBALTA, A.; SANZ, Fina. "Supervivencia a los 10 años de una cohorte de 736 pacientes con primer infarto de miocardio. ¿Diferencias entre sexos?". *Revista Española de Cardiología*, 1991; 44 (5): 297-305.
- MARRUGAT, Jaume Antó JM.; MASIÁ, Rafael; PAVESI, M.; SANZ, G.; VALLE, V. [et alii] "Mortality differences between men and women following first myocardial infarction". *Journal of the American Medical Association (JAMA)* 1998, 280 (16): 1405-1409.
- MOSCA, Lori; GRUNDY, Scott M.; JUDELSON, Debre [et alii] *Guide to preventive Cardiology for Women*. American Heart Association. *Circulation* 1999; 99; 2480-2484.
- MOSCA, Lori; APPEL, Lawrence J.; BENJAMIN, Emilia J.; BERRA, Kathy [et alii]. *Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Women*. American Heart Association. *Circulation* 2004;109;672-693.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS*. Ginebra: 2002.
- ORGANITZACIÓ DE NACIONS UNIDES. IV Conferència Mundial de les Nacions Unides (ONU) sobre les Dones que va tenir lloc a Pequín. Setembre, 1995.
- ORTIZ GÓMEZ, María Teresa. *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*. Oviedo: KRK 2006.
- PANISELLO CHAVARRIA, M.<sup>a</sup> Luísa; PASTOR GOSÁLBEZ, Inma; MATEU GIL, M.<sup>a</sup> Luísa; LASAGA HERIZ, M.<sup>a</sup> Amaia. "Presencia del sexo/género en el currículum de los estudios de enfermería". *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, n. 5. Universidad de León 2010.

- ROHLFS, Isabela; GARCÍA, María del Mar; GAVALDÀ, Laura; MEDRANO, María José; JUVINYÀ, Dolors; BALTASAR, Alicia i altres. “Género y cardiopatía isquémica”. *Gaceta Sanitaria*, 2004; 18(2): 54-64.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA. *Enfermedad cardiovascular en la mujer. Estudio de la situación en España*. Observatorio de Salud de la Mujer (OSM). Ministeri de Sanitat i Política social. Madrid: 2006.
- STRAMBA-BADIALE, Marco; PRIOREI, Silvia, G. “Estrategias actuales para reducir el impacto de las enfermedades cardiovasculares en las mujeres”. *Revista Española de Cardiología*, 2006, 59 (11): 1190-3.
- TORNOS, Pilar. “Enfermedad valvular en mujeres”. *Revista Española de Cardiología*, 2006; 59(8): 832-6.
- WENGER, Nanette K. “Tratamiento hormonal sustitutivo y enfermedades cardiovasculares”. *Revista Española de Cardiología*, 2006; 59(10): 1058-69.
- WHITEHEAD, M. “The concepts and principles of equity and health”. *Int J Health Serv*, 1992; 22: 429-45.
- XARXA DE DONES PER LA SALUT. *Deu anys de treball x la salut de les dones*. Barcelona: Xarxa de les Dones per la Salut; 2008.