



UNA MIRADA FEMINISTA A LA SALUT en temps de Covid-19



Recull de les ponències del IV Congrés per a l'Erradicació de les Violències Masclistes
des dels Serveis Socials i Sanitaris. 2021



**Autoria_ Shatha Odeh; Carme Valls Llobet; Almudena Rodríguez García;
Lluïsa Garcia-Esteve; Nahxeli Beas; Pilar Babi Rourera; Lucía Serra Domínguez;
Micaela Mahi Cuyami; Carme Riu Pascual; Aura Roig Forteza; Neus Pociello Cayuela;
Beatriz Cantero Riveros; Aurea Ayón Ruiz Velazco; Alesandra Tatić;
Irene Ripoll Murcia; Clara Puértolas Pérez i Blanca Bayas Fernández.**

Coordinació de la publicació_ **Associació Hèlia**

Disseny_ **Maria Romero García**

Correcció i traducció_ **L'Entrellat SCCL**

1a edició_ Barcelona 2021

Aquest document és possible gràcies a totes les persones i organitzacions que han participat al IV Congrés per a l'Eradicació de les Violències Masclistes des dels Serveis Socials i Sanitaris.

Aquest document està subjecte a una llicència d'ús Creative Commons cc-by-nc 4.0.

Es permet qualsevol ús de l'obra sempre que no tingui una finalitat comercial.



INTRODUCCIÓ: Una mirada feminista a la salut en temps de Covid-19 _____ 05

TAULA 1. Anàlisi global i respostes feministes davant la crisi de la Covid-19

- El paper dels serveis socials i de salut en la lluita contra la violència de gènere,
Shatha Odeh _____ 08
- Impacte de la pandèmia de Covid-19 en la salut de les dones,
Carme Valls Llobet _____ 18

TAULA 2. Violències masclistes i drets sexuals i reproductius en temps de pandèmia

- Violències masclistes i drets sexuals i reproductius en temps de pandèmia,
Almudena Rodríguez García _____ 25
- Violència sexual atesa a l'Àrea d'Urgències de l'Hospital Clínic de Barcelona durant la pandèmia, *Lluïsa García-Esteve* _____ 31
- Com acompanyar les violències des d'una perspectiva feminista?,
Nahxeli Beas _____ 36
- Xarxa d'atenció en matèria de violència masclista a Barcelona,
Pilar Babi Rourera _____ 41

TAULA 3. Impacte de la crisi en la salut de les dones en situació de vulnerabilitat: efectes, respostes i sabers

- Reflexions des del Grup de Dones de Nikosia en la virtualitat pandèmica. Com ens arreglem l'acompanyar-nos?, *Lucía Serra Domínguez i Micaela Mahi Cuyami* — 50
- Impacte de la crisi en la salut de les dones en situació de vulnerabilitat,
Carme Riu Pascual _____ 58
- Metzineres. Aixoplucs en estat d'alarma per a dones que usen drogues en situació sense llar, *Aura Roig Forteza* _____ 63
- Violències masclistes i impacte de la crisi en la salut de les dones grans,
Neus Pociello Cayuela _____ 68

TAULA 4. Respostes feministes davant la crisi sanitària, ecològica, social i econòmica: resistències i empoderament col·lectiu

• Les violències masclistes i racistes en el context de dones migrades, <i>Beatriz Cantero Riveros</i>	76
• Crisi de cures i conciliacions impossibles, <i>Aurea Ayón Ruiz Velazco i Alesandra Tatić</i>	81
• Resistències i empoderament col·lectiu: cap a una atenció sanitària centrada en les persones, <i>Irene Ripoll Murcia i Clara Puértolas Pérez</i>	88
• Anàlisi ecofeminista de la confluència de crisis en el context Covid-19. Resistències i alternatives, <i>Blanca Bayas Fernández</i>	95
 CLOENDA	 102
 AGRAÏMENTS	 105
 AUTORES	 106

Introducció

_Una mirada feminista a la salut en temps de Covid-19



La present publicació recull els articles de les ponents del IV Congrés per a l'Erradicació de les Violències Masclistes des dels Serveis Socials i Sanitaris, celebrat del 30 de novembre al 3 de desembre de 2020, en plena pandèmia de la Covid-19. És per això que les intervencions es veuen travessades per la temàtica de la crisi sanitària i en plasmen l'important impacte de gènere. L'objectiu d'aquesta publicació és difondre les anàlisis crítiques i les propostes de transformació que es van plantejar durant el Congrés per tal d'avançar en la incorporació d'una mirada feminista als serveis socials i sanitaris a Catalunya, així com per sensibilitzar la població en general de la necessitat de transformar i millorar els sistemes d'atenció a dones en situacions de violències masclistes.

Aquest espai de reflexió s'ha organitzat des de l'Associació Hèlia, juntament amb les companyes del Sindicat d'Estudiants dels Països Catalans del Campus Clínic de la Universitat de Barcelona (SEPC UB Clínic), la Comissió de Violència Intrafamiliar i de Gènere de l'Hospital Clínic de Barcelona, el Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS) i la Xarxa de Dones per la Salut. El Congrés compta amb la col·laboració dels Health Work Committees (HWC) de Palestina i la Universitat de Barcelona, i amb el suport de l'Ajuntament de Barcelona i de l'Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament de la Generalitat de Catalunya.

Els quatre congressos realitzats fins avui, així com aquesta publicació, neixen inspirats en la pràctica de les companyes palestines dels HWC, amb qui treballem des del 2015. Aquesta organització dirigeix hospitals i clíniques a Cisjordània i implementa, des de fa anys, una formació obligatòria en gènere i detecció de violències masclistes per a totes les seves professionals, de manera que el personal sanitari, d'atenció social i administratiu dels HWC esdevenen persones clau en la detecció i l'acompanyament de les supervivents de violències masclistes. L'any 2015, durant una visita a Barcelona, les professionals dels HWC ens van suggerir que iniciéssim un procés similar a Catalunya, per tal d'avançar cap a un abordatge feminista de la salut i cap a una millora en la detecció i l'atenció a les supervivents de violències masclistes. Fruit d'aquest intercanvi, el 2016 vam organitzar el *I Congrés per a l'Erradicació de les Violències Masclistes des dels Serveis Socials i Sanitaris*.

A Catalunya, actualment no hi ha una formació reglada, sistematitzada i obligatòria amb perspectiva de gènere per a les professionals dels àmbits social i sanitari, ni a les facultats ni als centres de treball. És per això que considerem central generar espais i materials divulgatius com la present publicació per omplir aquest buit. Ho fem amb el desig que les universitats i els centres de treball de les professionals dels àmbits social i sanitari es facin seva aquesta iniciativa i incorporin a les seves formacions una mirada feminista i transformadora.

Taula 1

--	--	--	--	--

ANÀLISI GLOBAL I RESPOSTES FEMINISTES DAVANT LA CRISI DE LA COVID-19



El Congrés es va obrir amb una taula que presentava una visió global de l'impacte de gènere de la crisi provocada per la pandèmia, i que va comptar amb una ponència inaugural de les companyes dels Health Work Committees (HWC), que van compartir la situació actual a Palestina i les seves estratègies de resposta. Es va analitzar també quins impactes està tenint la crisi en els drets de les dones a escala global i quines respostes feministes s'estan proposant i articulant.

_ Shatha Odeh

_ Carme Valls Llobet

El paper dels serveis socials i de salut en la lluita contra la violència de gènere



Shatha Odeh

_ Directora general dels Comitès de Treball per a la Salut (HWC), Palestina

Resum

Aquest treball revisa la capacitat del sector salut palestí centrant-se en la resposta que han donat a les víctimes de violència de gènere els Comitès de Treball per a la Salut (Health Work Committees, HWC). Es destaquen la importància del sector salut i la integració dels seus serveis com a punt d'entrada en la detecció de casos de violència, l'enfortiment de la metodologia de prevenció a través de l'educació i la conscienciació individual i comunitària, i la importància de la divulgació a l'hora de combatre aquest tipus de violència. També mostra la particularitat del context palestí, el paper del sector salut en la intervenció i el tractament, especialment el primari, la remissió a les autoritats competents, i la integració amb els diversos sectors laborals, socials i psicològics, el sector de protecció social i la policia. D'altra banda, el treball mostra indicadors de violència general i de violència de gènere en particular a Palestina i reflecteix l'impacte de la Covid-19 sobre el fenomen de la violència, els canvis socioeconòmics que ha provocat i quin ha estat el mecanisme de resposta de les institucions de salut en l'assistència a les dones maltractades durant la pandèmia de coronavirus. El document finalitza amb una sèrie de desafiaments, conclusions i recomanacions.

_ La peculiaritat del context palestí



El poble palestí pateix una ocupació colonial i s'enfronta diàriament a violència política en forma de pràctiques que inclouen assassinats i abusos en els punts de control militar, restricció de moviments, demolició d'habitatges, confiscació de terres, polítiques d'annexió, expansió d'assentaments i les violacions comeses pels colons. L'exposició del poble palestí a aquestes violències es reflecteix en les relacions socials i en les altes taxes de tensió i violència de gènere, un fet que ha estat confirmat per molts informes locals i internacionals.

En el context de la realitat política palestina trobem que les dones i les nenes, abans i durant la pandèmia, sofreixen una violència composta i en diferents àmbits. D'una banda, la violència de l'ocupació israeliana, i de l'altra, la violència social resultant dels sistemes i estructures patriarcal, un sistema social que reflecteix l'equilibri de poder a favor dels homes i és reforçat per una cultura que és patriarcal i unes lleis i normatives heretades d'èpoques anteriors que són discriminatòries, reforcen els rols estereotipats de les dones i no tenen en compte els seus drets ni els de les nenes. En definitiva, es tracta d'una cultura patriarcal que reforça la seva marginació i la violència contra elles i ignora la igualtat de gènere.

En el context palestí hi ha una peculiaritat específica que limita la resposta immediata a les víctimes de la violència de gènere: els Acords d'Oslo de 1993 dividiren Cisjordània en tres zones diferents: les àrees A, subjectes al control de seguretat de l'Autoritat Palestina, les zones B, subjectes a un control de seguretat conjunt entre l'Autoritat Palestina i els israelians, i les zones classificades C, que constitueixen el 62% del territori en la zona de Cisjordània i estan subjectes a l'autoritat de les forces d'ocupació israelianes; a més, la ciutat d'Hebron està dividida en dues parts, conegudes com H1 i H2, una part sota control palestí i l'altra sota control israelià. Aquestes divisions, específicament en les àrees subjectes al control de les autoritats israelianes, fan que puguin sorgir dificultats a l'hora de proporcionar diversos serveis als seus residents, inclosos els serveis de salut, socials i policials. Això significa que els palestins i les palestines, a més d'estar exposats a violència, s'enfronten a grans dificultats per accedir als serveis de manera fàcil i convenient i en un termini de temps raonable.

Estudis i informes que analitzen els fenòmens de violència indiquen que l'exercida contra les dones és el fenomen més estès i constitueix una greu violació dels drets humans, indepen-

dentment de quan, on i com hagi ocorregut. Les diverses formes de violència contra la dona poden tenir moltes conseqüències negatives per a la seva salut i la dels seus fills. La violència contra la dona pot provocar greus lesions i problemes de salut física, psicològica, sexual i reproductiva, incloses les infeccions de transmissió sexual, VIH i els embarassos no desitjats. Els seus efectes són duradors, i en casos extrems la violència contra la dona pot arribar a provocar-li la mort.

La violència social (i de gènere) es considera un problema de salut pública i les seves condicions s'agregen en situacions d'emergència (desastres, guerres, conflictes, epidèmies...). És un problema general, i no familiar o personal, perquè requereix l'atenció de l'Estat i les seves institucions i d'infraestructures com hospitals, comissaries, poder judicial, tribunals, serveis d'orientació i llars de protecció. Ha de ser considerada una qüestió pública, concernent a totes les persones en tots els sectors, a més del sanitari, el social i el policial. Per tant, el sector de la salut ha de desenvolupar la seva infraestructura d'equips i personal a fi de potenciar el reconeixement i la importància de millorar la seva preparació dins dels mecanismes d'atenció, tractament i suport a les dones maltractades, amb una perspectiva holística que inclogui la dimensió física, sanitària, psicològica, social i jurídica i enforteixi la cooperació amb altres sectors. El mecanisme ha de funcionar en cas que necessitin habitatges segurs, protecció de la policia o accés a la via judicial.

_ Indicadors de violència domèstica a Palestina... i els esforços per reduir-la, 2019

El volum estimat de població palestina el 2020 era de 5,2 milions, del qual les dones constitueixen aproximadament el 49,8%. El 2019, l'Oficina Central d'Estadístiques de Palestina realitzà una enquesta sobre violència domèstica a Palestina. En destaquem els indicadors més importants:

- ▶ El 29% de dones que han estat casades han experimentat alguna forma de violència, ja sigui psicològica, física, sexual, social o econòmica.
- ▶ El 18% ha sofert violència física i sexual i el 7% violència psicològica. En tots els tipus de violència la taxa és més alta a la Franja de Gaza que a Cisjordània.

- ▶ Més de la meitat de les dones que havien estat víctimes de violència preferiren guardar silenci (61%), el 48% demanà a l'abusador que cessés en la violència, el 24% acudí als comitès de pares i marxà de casa, l'1% recorregué a unitats policials i de protecció familiar, l'1,4% acudí a centres socials i psicològics feministes i el 3% a un advocat per interposar una demanda.
- ▶ El 40% de les dones que han estat casades coneixen els centres d'ajuda a dones maltractades, contra el 36% de les que mai no s'han casat.
- ▶ El 31% de les persones d'entre 19 i 64 anys amb discapacitat que han estat casades han experimentat violència psicològica, enfront del 19% de les que mai no s'han casat.
- ▶ El 8% dels ancians han sofert algun tipus d'abús i el 22% han estat exposats a negligències en la salut. Tots els indicadors d'abús són més alts contra les dones que contra els homes.
- ▶ El 13% dels homes ha experimentat violència per part de les seves esposes, dels quals el 34% psicològica i el 10% física.
- ▶ El 8% de les dones que han estat casades han estat exposades a violència cibernètica.
- ▶ Palestina segueix conservant la cultura patriarcal relacionada a la preservació de l'honor. Les dones estan obligades a mantenir-lo i el trencament de costums i tradicions pot posar en perill la seva vida: el 2019 el Fòrum d'ONG contra la Violència va registrar l'assassinat de trenta-dues dones motivat pel que s'anomena «honor familiar».

Aquests indicadors ens mostren el nivell de violència que sofreixen les dones palestines, que s'aproximen als indicadors de freqüència regionals i internacionals. Malgrat els incansables esforços realitzats per institucions de la societat civil, dones i institucions de drets humans i organismes oficials, els indicadors encara són alts i reflecteixen un sistema cultural i social que necessita canvis.

Entre els esforços i avenços més destacats per reduir el fenomen de la violència, trobem:

- 1.** L'aprovació, el 2013, de la Llei del sistema nacional de transferències per atendre dones maltractades en els sectors sanitari, social i policial. L'organització Comitès de Treball per a la Salut va tenir un rol destacat en l'elaboració dels protocols adoptats pel sistema, especialment els de salut.
- 2.** L'establiment de cases de seguretat per a dones amb finalitats de protecció per períodes perllongats i d'altres per a períodes d'emergència. La creació, a més, d'una casa de seguretat per a dones amb fills per períodes de fins a un any, on a més de serveis i pernoctacions se'ls

ofereix rehabilitació, integració i la cerca d'oportunitats de treball. També hi ha diverses llars d'emergència, unitats de protecció familiar i juvenil dins de la prefectura de policia i unitats de policia qualificades i capacitades per tractar amb dones maltractades. Les organitzacions i les institucions de la societat civil han tingut un paper destacat en la promoció de canvis en aquesta matèria, així com en la formació del seu personal. Així mateix, l'organització Comitès de Treball per a la Salut va signar un acord amb les Unitats de Protecció Familiar amb el propòsit de promoure la transferència de casos.

3. Elaboració de projectes de llei per protegir la família de la violència, amb la revisió i col·laboració de la societat civil i ministeris com el d'Assumptes de la Dona i el de Desenvolupament Social. S'han dut a terme àmplies campanyes per a la seva aprovació.

4. En el marc de l'aliança entre la societat civil i els ministeris interessats, encapçalats pel Ministeri d'Assumptes de la Dona, es desenvolupà el pla nacional per combatre la violència de gènere per un període de set anys, que finalitzarà el 2022. Hi ha altres fites, encara que no hagin estat esmentades en aquest document.

_ L'impacte de la Covid-19 en les dones, en particular la violència



Des de la irrupció de la Covid-19, l'adopció de mesures per limitar-ne la propagació, especialment el tancament integral i la quarantena, han afectat diversos aspectes de la vida: econòmics, socials i educatius, així com la continuïtat i regularitat de la prestació de serveis. Diversos informes, estudis i fulls informatius han recopilat els efectes de la Covid-19 en la vida de les dones, que en molts països confirmaren que la freqüència de la violència contra elles havia augmentat durant el període de propagació. Així ha estat a la Xina, a la Gran Bretanya, als Estats Units i a molts altres llocs, inclosa Palestina: la majoria de les institucions que treballen en el camp de la lluita contra la violència indicaren un augment dels casos de violència de gènere. S'han recopilat diversos informes i estudis sobre diversos factors que han contribuït a l'augment de la violència i a la denegació de serveis per a les dones. Els resumim a continuació:



- ▶ Tancament i pèrdua del contacte social i de les relacions socials que suposen protecció i suport per a les dones maltractades.
- ▶ Dificultat en l'accés de les dones als serveis de salut o policials a causa del tancament i la limitació de moviments.
- ▶ L'augment de la tensió, l'ansietat i la por a contagiar-se en sortir de casa han privat les dones de cercar ajuda o d'accedir als serveis.
- ▶ Pèrdua d'ocupació, desocupació, pobresa i augment de la seva gravetat, que generen conflicte i desacord sobre la provisió de les necessitats bàsiques de la família, cosa que ha provocat un augment de la violència.
- ▶ Augment de la pressió i les càrregues sobre les dones a la llar, com la neteja, la cura de la família i els fills (amb el tancament dels col·legis), i la presència constant de l'agressor (el marit), factors tots aquests que han incrementat la freqüència de la violència.
- ▶ Aprofitament de la situació de confinament i quarantena per part de l'agressor per imposar el control i el poder sobre la dona a la llar i reduir-li la comunicació amb parents, amics i institucions que poden ajudar i protegir contra la violència, inclosos els organismes oficials i la policia.
- ▶ Disminució en la provisió de serveis d'assistència i protecció que estaven disponibles abans de la Covid-19 a causa del tancament i la quarantena, i manca d'una línia de seguretat per part de la policia. Els centres de protecció i refugi no estaven preparats per rebre dones maltractades, ja que no disposaven d'habitacions aptes per a l'aïllament.

_ El paper del sector salut i els Comitès de Treball per a la Salut com a model en el combat contra la violència abans i durant el període de la pandèmia de Covid-19

Els Comitès de Treball per a la Salut participaren com a institució no governamental que treballa en salut i desenvolupament en l'adopció, el 2013, de polítiques per combatre la violència de gènere dins de les organitzacions. Adoptaren un paper important dins del sector salut i entraren en el sistema nacional de transferències, que després fou aprovat per llei. L'organització defensa la importància de la divulgació i impulsa la investigació mitjançant el tractament, el suport psicosocial, la remissió de casos a les autoritats competents, com la policia i protecció social, i la celebració d'acords. En conseqüència, treballaren en la formació i capacitat dels seus equips, especialment en els programes de salut per a la dona i amb

el personal de les clíniques, i establiren un sistema i un programa de dades informatitzades sobre els casos de violència descoberts, els tipus de violència i un mecanisme d'intervenció. L'organització ha integrat també la qüestió de la violència de gènere en el programa de salut i educació comunitària, i ha desenvolupat les eines, mecanismes i materials necessaris.

D'aquesta manera, l'organització ha tingut una intervenció d'abast públic a través dels seus centres de salut: fins a catorze centres i trenta-dues activitats i tallers, atesos a través de la clínica mòbil, que busquen ser un punt de partida en la detecció de casos de violència, específicament dins del programa de salut sexual i reproductiva. L'experiència ha demostrat l'èxit d'aquesta tàctica, ja que acudir als centres de salut és socialment acceptable.

Per desenvolupar el treball, l'organització va establir tres centres especialitzats per a dones maltractades que ofereixen serveis integrals en matèria reproductiva, sexual, social, psicològica i legal, a més d'educació, lleure, esport i fisioteràpia. Se'ls anomena centres d'*Ishraqa* per inculcar l'esperança d'una vida nova i de qualitat, i són espais segurs per a les dones. Així mateix, s'han format comitès assessors de la comunitat local d'organismes civils, policia, governació, municipis i direccions afiliades als ministeris amb l'objectiu de desenvolupar el treball d'aquests centres, promoure'ls, protegir-los i enfortir la seva legitimitat dins de la comunitat local. S'ha capacitat a dones voluntàries, grups de joves i líders comunitàries influents per promoure l'educació i la transmissió de missatges contra la cultura de la violència i la promoció de la igualtat i la justícia.

Cal assenyalar aquí la importància de l'ajuda oferta per la Associació Hèlia, els nostres socis des de 2017, que ha tingut el mèrit de donar suport als centres d'*Ishraqa*, específicament l'*Ishraqa South Center* a la Ciutat Vella d'Hebron. Ha donat suport a la cobertura de salut i de serveis socials i esportius i a la formació del personal de salut i de joves amb l'objectiu d'integrar-los en temes de salut reproductiva i antiviolència. També ha acompanyat les voluntàries pioneres formant-les en el combat contra la violència a la seva comunitat.

Els esforços de l'organització per combatre la violència han continuat durant la pandèmia de la Covid-19, amb un canvi en els mecanismes de treball a causa de la quarantena

i el confinament. S'ha invertit àmpliament en xarxes socials i WhatsApp, mitjançant la producció de vídeos educatius, de suport, mecanismes de mediació, etc., amb la finalitat d'oferir orientació i comunicació contínua. També s'han implementat línies telefòniques de suport i orientació a dones maltractades, discapacitades o amb problemes de salut. L'organització realitza una avaluació ràpida per telèfon per conèixer les necessitats de les dones i organitzar la distribució i subministrament de paquets d'ajuda. Després del retorn progressiu als centres educatius, s'han preservat els procediments de divergència i no massificació pels quals es redueix el nombre de participants en les formacions, les trobades i les sessions individuals amb dones maltractades, entre altres mesures. A més, s'ha completat un conjunt de mètodes de conscienciació relacionats amb la Covid-19.

_ Conclusions i recomanacions



En virtut de tot el que fins aquí s'ha exposat, l'organització constata la importància del sector de la salut en el combat i reducció de la violència. Les institucions de salut són moltes, variades i disseminades per tot el país, i és responsabilitat d'aquestes institucions, privades o públiques, considerar la violència com un tema de salut pública, un punt de partida estratègic per descobrir casos de violència, reduir-ne l'augment en la freqüència i trencar el silenci sobre aquesta i la seva propagació. El personal sobre el terreny presta serveis a través de la formació, la salut i les activitats comunitàries. Cal activar el sistema nacional de transferències i el mecanisme d'atenció a les dones maltractades en el sector salut, a fi que la seva aplicació sigui obligatòria en tots els establiments de salut del sector públic i privat, ja que la implementació del sistema és encara dèbil.

D'altra banda, capacitar el personal de salut perquè dugui a terme tasques de detecció de casos de violència de gènere i la combati és una estratègia important i fonamental per a l'èxit de qualsevol acció. Cal posar el focus en el desenvolupament de les actituds dels prestadors de serveis de salut davant la violència i en la importància d'aplicar l'ètica pel que fa a la confidencialitat de la informació i la privacitat. La integració de les especialitats de salut, psicològiques, socials, legals i de lleure per treballar en equip i dins d'espais segurs també té repercussions positives per a les dones, motiu pel qual és també fonamental l'existència d'un

servei integral que preservi la privacitat de les dones i promogui la comprensió i el progrés de les seves necessitats simultàniament.

Es requereix constància i continuïtat en aquest enfocament de treball i l'enfortiment dels diversos recursos que les promoguïn. L'èxit dels espais Ishraq ha demostrat la necessitat que se n'obrin més en els centres de salut en el futur.

La violència practicada contra les dones encara persisteix en una cultura que la tolera i busca les solucions dins de la família i el clan mentre demostra renuència a recórrer a les institucions, al poder judicial, la policia, etc. Aquest és un dels majors desafiaments a treballar, ja que les solucions que s'ofereixen en aquest àmbit no són justes per a les dones i durant la major part del temps els seus drets són vulnerats. Cal impulsar i aprovar lleis que protegeixin les dones i que siguin justes amb elles. Cal fomentar especialment la protecció de la família davant la violència de gènere. Els organismes de justícia i policia han d'enfortir les seves infraestructures i ser funcionals i sensibles cap a les dones maltractades, atendre les seves necessitats de manera que augmenti la confiança d'aquestes en les institucions.

Sens dubte, l'ocupació i les seves conseqüències són un factor que influeix en la vulnerabilitat de les dones, promou la violència política i afavoreix l'augment de la violència domèstica; per tant, el final de l'ocupació és essencial per solucionar aquests problemes. Les àrees marginals i remotes classificades sota el control de les autoritats israelianes generalment estan mancades de serveis perquè les autoritats oficials no estan autoritzades a establir-los, i això fa que la societat civil sofreixi una major càrrega.

L'experiència d'oferir serveis a dones maltractades a la zona de la Ciutat Vella d'Hebron ha tingut èxit i popularitat malgrat tots els desafiaments i dificultats que suposen la manca d'institucions i serveis integrals de qualitat per a les dones en aquesta regió.

El deteriorament de la situació econòmica i el seu agreujament durant la pandèmia de coronavirus són factors que augmenten la tensió en les relacions familiars i la freqüència de la violència. Això és en part el resultat de la incapacitat per atendre correctament les necessitats derivades. És essencial l'empoderament econòmic de les supervivents de violència de gènere

o la seva rehabilitació, orientada a fer que es converteixin en productores i persones independents, capaces de prendre les seves pròpies decisions. Per això l'estratègia de combatre la violència ha de ser integrada a tots els serveis. És el que esperem treballar en els centres d'Ishraqa com a resultat de la necessitat i l'experiència, però requereix suport i recursos.

Impacte de la pandèmia de Covid-19 en la salut de les dones



Carme Valls Llobet

_ Metgessa, directora del programa Dones, Salut i Qualitat de Vida del Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS)

Resum

Els estudis de la pandèmia de Covid-19 estan demostrant un augment de les desigualtats entre dones i homes i un retrocés en els drets a la salut de les dones a tot el món. També s'està retrocedint en les investigacions mèdiques diferenciades per sexe i analitzades amb perspectiva de gènere. Caldran polítiques públiques específiques per revertir els efectes negatius de la pandèmia.

«En vint-i-cinc dies de pandèmia de coronavirus s'han retrocedit vint-i-cinc anys pel que fa als drets a la salut de les dones.»

Anita Bhatia, sotsdirectora executiva d'ONU Dones (30 d'octubre de 2020)

La salut de les dones no només es veu afectada per les condicions de vida i de treball, sinó també per les diferències biològiques, psicològiques, socials i medioambientals, que produeixen conseqüències en la morbiditat i mortalitat que han estat invisibles per a la medicina, ja que sempre ha considerat l'home com a patró. Des de la conferència de Beijing de 1995 i la Conferència de Dones, Salut i Treball de 1996 a Barcelona, els drets a la salut de les dones han estat reivindicats en diversos fòrums i lentament incorporats a les ciències de la salut. No solament en la salut sexual i reproductiva, sinó en el dret a una millor assistència sanitària, que tingui en compte les diferències i no medicalitzi la salut mental ni tots els esdeveniments naturals de la vida de les dones, des de l'adolescència, amb la menstruació i les seves alteracions, a l'embaràs o la menopausa.

Però la pandèmia de Covid-19 ha emergit a tots els països del món, i el mateix secretari general de l'ONU, Antonio Guterres, en el seu discurs davant de l'Assemblea ha subratllat que «si no actuem ara, la Covid-19 podria esborrar una generació de fràgil progrés cap a la igualtat de gènere».

Són molts els retrocessos que estem constatant des de l'inici de la pandèmia: en el camp de la visibilitat diferencial de la morbiditat i mortalitat de dones i homes, en el creixement de les situacions de violència contra les dones, en la reculada en l'accés a l'educació, en l'increment dels treballs de cura, que està patint un retrocés com a treball remunerat, i en l'augment de la pobresa, que accentua el seu rostre de dona.

L'única diferència constatada i poc valorada ha estat la de la mortalitat intrahospitalària, amb una mitjana del 60% de decessos entre els homes i del 40% entre les dones. Però aquestes xifres no reflecteixen tota la realitat: no tenen en compte les morts invisibles a les residències

de gent gran, els residents de les quals són majoritàriament dones, ni les morts no diagnosticades abans d'arribar a l'hospital, com succeeix amb la patologia cardiovascular i els infarts de miocardi, com bé ha analitzat la doctora Teresa Ruiz Cantero per a la Sociedad Española de Salud Pública (SESPAS).

En estudiar més a fons la letalitat per 100.000 habitants, s'ha demostrat que hi ha diferències en la mortalitat en la franja d'edat de 30 a 80 anys, que és només lleugerament superior entre homes, però també alta entre dones d'aquesta mateixa franja d'edat, segons dades del Ministeri de Sanitat. És a partir dels 80 anys que la mortalitat dels homes es multiplica. Però en estudiar l'excés de mortalitat respecte de l'any anterior, una dada que inclou morts que no s'han pogut atribuir al SARS-CoV-2, sí que s'aprecia que la mortalitat global és superior entre dones. S'està estudiant si les diferències de mortalitat es poden deure a les diferències de l'ECA, l'enzim conversor de l'angiotensina, que s'expressa en major quantitat en dones que en homes i que és una arma de doble tall. Per una banda, el virus s'insereix en el seu receptor i provoca la infecció en el pulmó i en altres parts del cos, però, per l'altra, l'ECA 2, l'enzim conversor de l'angiotensina 2, el seu subproducte, té efectes antiinflamatoris, cosa que explicaria la menor complicació de pneumònies i d'ingressos a UCI entre les dones.

Entre el personal sanitari també hi ha una bretxa de gènere. S'estan comptabilitzant ja unes 7.000 morts entre els sanitaris, de les quals les tres quartes parts són dones. El 75% del personal sanitari són dones, amb sous més baixos i feines més precàries. Caldrien plans especials de prevenció i protecció específics per a treballadores i treballadors del sistema de salut, ja que la pandèmia continuarà.

Tampoc no s'està valorant encara si hi ha diferències en les conseqüències per a la salut que estan sofrint les persones que han patit la infecció: fatiga, dolors musculars generalitzats, dificultats en la mobilitat i problemes respiratoris. Ja han sorgit a Espanya associacions de persones afectades per la malaltia i que presenten seqüeles que reclamen al Ministeri de Sanitat unitats especials de seguiment dels efectes a llarg termini de l'afectació pel virus SARS-CoV-2. La Sociedad Española de Médicos Generales¹ ha realitzat una enquesta entre les persones que han patit la malaltia, els resultats de la qual mostren una resposta del 81%

1 *Redacción Médica*, 15 de setembre de 2020.

de dones, amb una edat mitjana de 44 anys, que assenyalen haver estat notant símptomes durant un període de quatre mesos.

Mentrestant, per a les dones que no han patit la malaltia s'han multiplicat les condicions de treball que poden produir estrès, perquè se n'exigeix el compliment al mateix temps i durant totes les hores del dia. Com bé diu Maria Ángeles Durán, catedràtica de sociologia i investigadora del CSIC, «d'aquesta crisi ens n'estan salvant les llars una altra vegada. Les llars han estat clíniques, escoles, restaurants, centres d'oci, oficines i guarderies». I a la direcció general d'aquests centres multidisciplinaris en què s'han convertit les famílies, i compaginant-ho moltes vegades amb el teletreball, hi han estat majoritàriament les dones, les seves espatlles i els seus cossos. No té res d'estrany que aquesta sobrecàrrega inusitada hagi tingut també repercussions sobre la salut mental.

En un estudi liderat per la Universitat del País Basc, en el qual han col·laborat les universitats de Barcelona, Múrcia, Elx i Granada i la Universidad Nacional de Educación a Distancia, destaca que l'impacte psicològic de la pandèmia ha estat pitjor entre les dones de totes les edats. Han perdut més confiança, optimisme, vitalitat i energia que els homes. Els estats d'ansietat, canvis d'humor i irritabilitat s'han mostrat superiors entre les dones.

La pandèmia i el confinament obligatori han augmentat el nombre de casos i episodis de violència física, sexual i psicològica. Durant l'estat d'alarma a Espanya, les peticions d'assistència a víctimes de violència de gènere foren un 57,9% superiors a l'any anterior, i s'elevaren a 29.700. L'increment de les trucades al 016 fou d'un 41,4% i el de les consultes en línia del 457,9% respecte al 2019.² Però aquest increment s'ha apreciat a tots els països del món que han patit confinament, quan ja sabíem que una de cada cinc dones de tot el món fou víctima de violència l'any anterior.³

Noves formes de violència de gènere estan augmentant a tot el món. Milers de nenes a l'Àsia estan sent forçades a matrimonis per les seves famílies, que estan desesperades per l'increment de la seva pobresa a causa de la pandèmia. El matrimoni forçat de nenes ja era freqüent

2 Instituto de la Mujer, Ministerio de Igualdad.
3 ONU Dones, 1 d'octubre de 2020.

a Indonèsia, Índia, Pakistan i Vietnam, però el seu nombre estava disminuint per l'esforç d'organitzacions no governamentals, com Girls not Brides, que es queixa a través de les paraules de la seva representant a l'Àsia, Shipra Jha: «Tot el que hem aconseguit en l'última dècada està a punt de desaparèixer». Les Nacions Unides estimen que uns dotze milions de nenes són obligades a casar-se abans dels divuit anys, i aquesta xifra s'està incrementant durant la pandèmia.

El retrocés que està produint la pandèmia en l'educació i la promoció laboral de les dones ha estat analitzat per ISGlobal (Sheila Fernández-Luis i col·laboradores) amb un document que aborda l'impacte de la Covid-19 entre les dones i desenvolupa propostes per reduir la bretxa de gènere que s'està incrementant a tot el món. Una de les propostes globals és la recomanació de «mètodes perquè el lideratge i les contribucions de les dones se situïn en el punt central de la resiliència i la recuperació». Que no es perdin anys d'educació de nenes ja adolescents i que els governs posin les dones i les nenes al centre dels seus esforços per a la recuperació.

Segons ONU Dones, l'OMS i Women in Global Health, encara que el 75% del personal sanitari siguin dones i el 25% homes, els membres del Comitè d'Emergències de l'OMS sobre la Covid-19 reverteixen la proporció amb un 76% d'homes i tan sols un 24% de dones.

Igualment succeeix en l'àmbit polític: segons la Unió Interparlamentària i l'ONU, solament 10 dels 152 caps d'estat elegits són dones, i els homes constitueixen el 75% del personal parlamentari i el 76% d'aquells que apareixen en els principals mitjans de comunicació. Encara és més evident la desigual visibilitat que s'ha donat en aquests mateixos mitjans a les opinions d'experts i expertes. Segons dades de febrer de 2020 publicades per Women in Global Health, per cada tres homes citats a tot el món durant la cobertura mediàtica del coronavirus només se cita una dona. Líders en formació, experts en educació i economistes han advertit als governs i al Banc Mundial que cal assegurar-se que la presència del coronavirus no destrueixi «una generació Covid a la qual es roben les possibilitats d'educació i d'igualtat d'oportunitats davant la vida».

_ Conclusió



Totes les polítiques públiques de transició a la nova normalitat, prevenció de futures crisis i plans de recuperació postpandèmica haurien de tenir en compte les diferències, les desigualtats i les inequitats entre dones i homes –en definitiva, la bretxa de gènere– per reduir les conseqüències sobre la salut i millorar les condicions de vida i treball de dones i homes en el futur.



Taula 2

--	--	--	--	--

VIOLÈNCIES MASCLISTES I DRETS SEXUALS I REPRODUCTIUS EN TEMPS DE PANDÈMIA



Què ha passat amb les violències masclistes durant la pandèmia? Estem retrocedint pel que fa als drets de les dones? Com estem responenent a la nova situació? Aquesta taula va abordar aquestes qüestions i va oferir una visió àmplia de la situació actual, amb l'objectiu de visibilitzar que encara que el món s'aturi, les violències masclistes no només continuen sinó que es multipliquen, i cal seguir lluitant per erradicar-les

_Almudena Rodríguez Garcia

_Lluïsa Garcia-Esteve

_Nahxeli Beas

_Pilar Babi Rourera

Violències masclistes i drets sexuals i reproductius en temps de pandèmia



Almudena Rodríguez García

_ Coordinadora d'incidència política internacional de l'Associació Drets Sexuals
i Reproductius

A mesura que la pandèmia global de la Covid-19 s'intensificava, assistiem a l'impacte específic que tenia sobre els drets sexuals i reproductius de les dones i les persones LGTBIQ+. A partir d'aleshores, es van multiplicar les ja de per si existents barreres d'accés als serveis de salut sexual i reproductiva, i la seva disponibilitat es va veure compromesa arreu del món.

La vulneració dels drets sexuals i reproductius és una de les formes de les violències masclistes, les quals presenten un nexe d'unió: la violència institucional, exercida directament pels estats, o bé indirectament, pels seus operadors jurídics, sanitaris, etc.

Des que es va desencadenar la pandèmia de la Covid-19 hem estat testimonis de com aquesta violència institucional s'ha exacerbat.

La resposta dels governs i institucions davant la crisi de la Covid-19 s'ha centrat en el control de la pandèmia i en l'atenció a les persones infectades. Això ha demostrat de manera cruenta la necessitat de l'assistència sanitària universal com a pilar fonamental per a un sistema sanitari eficaç i una societat justa.

Davant la manca de mitjans i recursos per poder fer front a la pandèmia, en molts països la majoria de professionals sanitàries han estat derivades a atendre i controlar la crisi. Com a conseqüència, els serveis especialitzats d'atenció a la salut sexual i reproductiva han estat tancats o han vist minvada la seva activitat en diferents intensitats.

Les mesures de restricció de moviments i de confinament de la població agreugen encara més les barreres per a l'atenció a la salut sexual i reproductiva, de manera que moltes dones no poden accedir a anticonceptius orals d'emergència ni a l'exercici del dret a l'avortament, tant perquè tenen restringida la mobilitat com per la por a exposar-se al virus, en haver de desplaçar-se per aconseguir aquests recursos.

Hem vist com en molts llocs s'imposaven mesures restrictives al dret a l'avortament. Per exemple, als estats d'Ohio i Texas s'ha prohibit l'exercici de l'avortament mentre duri la crisi. I arreu del món, també a l'Estat espanyol, s'alcen les veus dels grups fonamentalistes i antidrets exigint que es cancel·lin els serveis d'avortament i que les clíniques acreditades es

derivin a l'atenció de persones malaltes de Covid-19. D'aquesta manera, s'aprofita una crisi global per imposar una ideologia que se sosté en la negació de drets humans.

També hem vist, però, iniciatives inspiradores i compromeses, sorgides del treball col·lectiu entre les professionals i les defensores dels drets sexuals i reproductius, per donar resposta a les necessitats vitals de les dones. És el cas d'Anglaterra, d'Irlanda i d'Escòcia, on s'han aprovat instruccions amb caràcter d'urgència que permeten l'avortament farmacològic al domicili, assistit i acompanyat per serveis de telemedicina. A Catalunya, el Departament de Salut també ha preparat una regulació especial per agilitzar l'accés als serveis d'avortament, reduint les visites als centres de salut a tan sols una i oferint assistència a través de la telemedicina. I també hem vist les entitats especialitzades de base, comunitàries, el teixit associatiu i les professionals de la salut sexual i reproductiva en la primera línia diària de l'emergència, garantint a la població l'accés a aquests serveis.

Amb tota seguretat, els efectes econòmics, laborals i socials desencadenats per la crisi de la Covid-19 incrementaran els nivells de precarietat i pobresa de les dones. Això probablement provocarà que la necessitat de recórrer a la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) sigui encara més gran. Sabem que molts dels sectors laborals més exposats al virus i per tant al contagi són ocupats per dones: treballadores de la llar i les cures, professionals sanitàries, treballadores de supermercats, etc. En un escenari d'alt risc de contagi de la Covid, i també en cas de patir la malaltia, és d'esperar un augment de les dones que optaran per una interrupció voluntària del seu embaràs.

Addicionalment, les restriccions de moviment, acompanyades de mesures punitives i sancionadores, han afectat de manera desproporcionada els col·lectius més vulnerabilitzats i estigmatitzats, com les persones transgènere, les persones vivint amb VIH i les treballadores sexuals, que s'han enfrontat a un major grau de violència institucional.

Tal com alerten activistes i entitats especialitzades, en molts llocs, des que va esclatar la crisi de la Covid-19, s'ha suspès el cribratge de malalties de transmissió sexual perquè s'ha considerat un servei no urgent. Així mateix, les persones vivint amb VIH han vist compromès l'accés a la teràpia antiretroviral i han hagut de demanar ajuda al teixit associatiu per poder obtenir-la en un hospital proper.

També cal visibilitzar que es qüestiona la provisió de tractament hormonal per a les persones transgènere que ho requereixen i que s'ha suspès l'assistència a l'afirmació de gènere en molts llocs del planeta. Cal recordar que el col·lectiu trans pateix un fort estigma social, tant en general com en l'àmbit sanitari. Aquest estigma, combinat amb l'estat d'alarma actual, el confinament i les incessants crides a no col·lapsar els serveis hospitalaris o d'atenció primària, comporta amb total certesa un menor accés al tractament hormonal essencial, així com a altres cures essencials, un accés que ja de per si és precari en aquest col·lectiu.

A tot això s'afegeix que els distribuïdors internacionals es mostren preocupats per la possible escassetat de productes en els propers mesos, a causa de la cancel·lació total de l'activitat a l'Índia i del tancament que es va donar a la Xina, ja que són dos dels principals proveïdors de mètodes anticonceptius i de tecnologia per a l'avortament. Així doncs, es tem un gran desproveïment en molts països, que afectarà especialment les persones que s'enfronten a més problemes econòmics i, com sempre, els col·lectius minoritzats.

Com alerta el Fons de les Nacions Unides per a la Població: «La pandèmia està tenint impacte en les cadenes de subministrament. El tancament de fronteres i les restriccions als fluxos de lliurament dels fabricants estan afectant negativament la importació, la disponibilitat i la distribució en els països d'anticonceptius, de medicaments essencials per a la salut materna i d'altres medicaments essencials, inclosos els fàrmacs antiretrovirals».⁴

En un temps de crisi sanitària, econòmica, social i política com el que vivim, els drets sexuals i reproductius (DSIR) han rebut l'impacte frontal dels greuges derivats d'aquesta situació. Des de l'Observatori de Drets Sexuals i Reproductius hem continuat rebent denúncies de vulneracions dels DSIR, a partir de les quals hem elaborat el nostre segon informe,⁵ construït des dels feminismes interseccionals com una cartografia formada per les denúncies de la mateixa ciutadania, que situa les mancances actuals més greus.

Durant el 2020 l'Observatori ha rebut un centenar de denúncies, generalment de la província de Barcelona i fetes per dones cis d'edats entre els 14 i els 57 anys. La major part de les

⁴ Vegeu: https://unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_Preparedness_and_Response_-_UFPA_Interim_Technical_Briefs_Contraceptives_and_Medical_Supplies_23_March.pdf.

⁵ Vegeu: <https://drets-sexuals-i-reproductius.lassociacio.org/informe2020/>.

denúncies solen narrar la carrera d'obstacles que han hagut de salvar durant el període de confinament, sobretot per accedir a l'avortament, a serveis sense targeta sanitària, a l'anticoncepció d'urgència i a la reproducció assistida, i reporten també casos de violència obstètrica durant el seguiment de l'embaràs i el part. La síndrome de la Covid-19 ha posat en una situació límit el sistema de salut de Catalunya i els seus serveis han quedat greument afectats. Tant és així, que la major part de les denúncies a l'Observatori estan vinculades a l'àmbit sanitari: CAPs, hospitals, ASSIR i fins i tot farmàcies. L'objecció de consciència davant l'accés a l'avortament; les dificultats del comitè clínic per avortar més enllà de les 22 setmanes de gestació; la desinformació professional, plasmada en frases com «a partir de les 14 setmanes no es pot avortar» o «amb la Covid està prohibit»; la manca d'informació veraç, com ara el fet d'informar només sobre l'avortament farmacològic, i la inaccessibilitat a l'anticoncepció d'emergència són exemples clars que cap d'aquestes barreres ha aparegut a causa de la síndrome, sinó que s'han agreujat exponencialment les situacions que ja estaven identificades anteriorment i que suposaven vulneracions flagrants dels drets sexuals i reproductius.

Aquest any 2020 tan difícil ha suposat un repte a l'hora d'implementar accions transformadores per garantir els drets sexuals i reproductius. Malgrat tot, no ens hem aturat, i treballant conjuntament amb professionals de l'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) i el Departament de Salut, hem aconseguit que es permeti la derivació virtual de l'avortament, ampliant-ne l'accessibilitat i reduint els riscos d'infecció. Aquesta mesura ha estat un èxit pel que fa als drets sexuals i reproductius durant la pandèmia, i és que a l'Estat espanyol només s'ha aconseguit que es dugués a terme a Catalunya i a Galícia.

Durant aquests mesos, a l'Observatori hem seguit treballant. Hem donat suport a dones obligades a desplaçar-se centenars de quilòmetres per poder realitzar una interrupció voluntària de l'embaràs, amb la por del contagi, saltant-se les mesures de confinament. Hem estat testimonis de com s'incrementava la violència institucional exercida per l'Estat de manera directa, en no categoritzar com a essencials els drets sexuals i reproductius de les dones, les nenes i les persones LGTBIQ+ en el primer paquet de mesures per donar resposta a la crisi. Hem vist com al Centre Jove d'Atenció a les Sexualitats (CJAS) la demanda d'interrupció voluntària de l'embaràs s'incrementava en un 66% respecte a l'any anterior. Hem observat com les restriccions de moviment, acompanyades de mesures punitives i sancionadores, afectaven

de manera desproporcionada els col·lectius més vulnerabilitzats i estigmatitzats, com són les persones transgènere, les persones vivint amb VIH i les treballadores sexuals. Hem acompanyat les usuàries que s'han acostat a l'Observatori, així com persones que han acudit a nosaltres per denunciar vulneracions de drets. Hem treballat, enmig de tota aquesta quimera, per seguir garantint els drets sexuals i reproductius. Hem escrit manifestos, hem fet incidència política, de vegades soles, de vegades amb altres. Alguns governs ens han escoltat, altres ni ens han llegit.

El que més ens preocupa és, tanmateix, tot allò que el confinament ha fet invisible. Hem vist com s'ha invisibilitzat la població jove i adolescent durant els mesos de confinament, per passar a criminalitzar-la i culpar-la des del primer moment de la desescalada.

Anteriors pandèmies han demostrat com l'impacte de gènere i de la divisió sexual i racial del treball, en la qual se sosté el sistema econòmic, agreuja la salut sexual i reproductiva de les dones i les persones LGTBIQ+. Ha quedat comprovat, doncs, com en situació de pandèmia s'incrementen de manera desproporcionada les polítiques discriminatòries.

Com a defensores de drets sexuals i reproductius instem els governs i institucions perquè desenvolupin i implementin mesures creatives dotades de recursos i mitjans, centrades en les persones i construïdes juntament amb les professionals i les defensores dels drets sexuals i reproductius, per tal de garantir aquests drets a tota la població.

Violència sexual atesa a l'Àrea d'Urgències de l'Hospital Clínic de Barcelona durant la pandèmia



Lluïsa Garcia-Esteve

_ Psiquiatra i presidenta de la Comissió de Violència Intrafamiliar i de Gènere de l'Hospital Clínic de Barcelona

L'Hospital Clínic és referent en l'atenció a la violència sexual a la ciutat de Barcelona per a persones majors de 16 anys. Durant l'any 2020, la Comissió de Violència Intrafamiliar i de Gènere de l'Hospital ha continuat treballant per a la sensibilització i la visibilització de la violència sexual, i ha realitzat un registre acurat de les dades i les característiques de les agressions sexuals ateses.

Durant la pandèmia, tant en les fases de més restriccions com en la resta, s'han pogut atendre totes les dones amb totes les garanties que el nostre protocol d'actuació ofereix:

- ▶ Hem previst i dissenyat espais no-Covid per aplicar el protocol, adaptant espais i circuits. Entenem el protocol de manera global, incloent la participació de tots els agents hospitalaris i extrahospitalaris implicats, com és la presència de professionals de la medicina forense, fet que permet oferir a la persona atesa seguretat en la recollida, la preservació i la custòdia de les proves, en cas que vulgui iniciar un procediment judicial.
- ▶ L'assistència garanteix una avaluació inicial de risc de contagi de Covid i es prenen les precaucions i mesures corresponents per a professionals i pacients.
- ▶ Les intervencions dels equips professionals han estat les mateixes i la cura de la salut física i mental la nostra prioritat.
- ▶ En els darrers cinc anys s'han anat incrementant els casos atesos, amb un màxim de 503 l'any 2019.

Des de l'1 de gener fins el 31 d'octubre de 2020, el servei d'urgències de l'Hospital Clínic va atendre 260 agressions sexuals. El 90% de les persones ateses van ser dones i el 100% de les agressions van ser perpetrades per homes. L'any 2019 es van atendre 396 agressions sexuals en el mateix període (1 de gener a 31 d'octubre); per tant, el 2020 el nombre de persones agredides ateses ha disminuït un 34%.

Hem pogut observar que el 55% de les dones ateses s'han vinculat al programa de seguiment de prevenció i intervenció de les seqüeles psíquiques en dones agredides sexualment, mentre que l'any 2019 només s'hi van adherir el 32%. Aquest programa ofereix acompanyament i intervenció amb atenció professionalitzada i interdisciplinària (psiquiatria, psicologia, treball social i infermeria) amb la finalitat de restaurar la vida de la dona.

Abans que es decretés l'estat d'alarma, concretament durant el gener i febrer de 2020, l'increment de dones ateses s'equipara a la tendència dels darrers anys. Així, prop de la meitat de les agressions sexuals ateses es van cometre abans que es decretés l'estat d'alarma a la ciutat de Barcelona. És a partir de l'inici de l'estat d'alarma quan s'observa un descens en tots els mesos, especialment en els del confinament més restrictiu (del 15 de març al 17 de maig). Amb el desconfinament s'incrementa de nou l'activitat assistencial, tot i que molt menys que en el mateix període de l'any anterior.

Pel que fa a l'edat, gairebé la meitat de les dones ateses tenia menys de 25 anys, és a dir, una de cada dues, i un 9,6% del total eren adolescents d'entre 16 i 18 anys.

El resultat de les dades indica que el 62% de les dones han estat agredides en un domicili, entenent domicili en sentit ampli: pot ser l'habitatge habitual de la dona, de la parella o exparella, d'una amistat, o un pis on es fa una trobada amb diferents persones. Cal no obviar que tres de les agressions sexuals ateses durant la fase de confinament eren dones que es trobaven al carrer perquè estaven en situació sense sostre.

La pandèmia de Covid amb què ens hem trobat durant l'any 2020 ens ha obligat a fer una anàlisi de les dades per diferents etapes i mesos, i ens ha permès observar les especificitats de dos col·lectius de dones diferenciats: les dones agredides per la parella o exparella, i les noies de 16 a 18 anys. Considerem important exposar-ne els resultats, que, un cop més, poden ser útils per prevenir i oferir respostes específiques a realitats diferenciades.

Un 11% de les agressions sexuals s'han produït en l'àmbit de la parella (marit, exmarit, parella o exparella de la dona), i és durant l'estat d'alarma que aquest percentatge arriba a un 18%. D'aquestes dones, el 81,5% va manifestar intenció d'interposar demanda judicial. Pel que fa a la tipologia d'agressió sexual sota submissió química, va estar present en un 11% de les agressions per part de parelles o exparelles.

Les dones agredides per la parella o exparella acostumaven a presentar signes d'haver estat exposades a l'agressió sexual i a violència física, de manera que va caldre intervenir per tractar les lesions (cops, ferides...).

En situacions de confinament, d'estat d'alarma i de restriccions de la mobilitat i de les trobades socials, l'exposició al risc de ser agredida sexualment es concentra en l'àmbit privat o en el lleure clandestí. Els factors socials de protecció disminueixen o desapareixen. El distanciament i la pèrdua de la xarxa social de la dona augmenten l'aïllament i la vulnerabilitat i les possibilitats de poder rebre ajut per part de la comunitat es compliquen. Al mateix temps, l'accessibilitat als centres sanitaris es dificulta. Són factors rellevants que impedeixen l'arribada al servei d'urgències de l'Hospital Clínic d'algunes dones que han estat agredides sexualment.

Cal subratllar les realitats amb què ens hem trobat en aquest temps de pandèmia, com el fet que durant l'estat d'alarma ha disminuït en un 34% el nombre de persones ateses al servei d'urgències per violència sexual, i que durant el període de confinament estricte l'atenció a les agressions sexuals a adolescents de 16 a 18 anys ha disminuït de manera significativa. En aquest sentit, considerem adient proposar accions concretes, com la d'alertar la població jove i incidir en la importància d'evitar reunions clandestines en pisos i locals.

D'altra banda, hem observat que durant l'estat d'alarma el grup de dones agredides sexualment per part de les parelles o exparelles ha augmentat respecte del conjunt del període analitzat. Els domicilis són el lloc on s'han produït més agressions sexuals, sobretot durant l'estat d'alarma, i s'han convertit, més que mai, en espais de risc idonis per perpetrar violència contra la parella. Es donen situacions de convivència forçada en parelles separades, que per motius de precarietat econòmica es veuen obligades a compartir l'habitatge, amb el risc que això comporta, com ja ha quedat reflectit en l'anàlisi de les dades. Les llars familiars també han estat escenaris de violència sexual en moments d'intercanvi de fills i filles en règim de custòdia compartida entre mares i pares, quan els espais habilitats sota vigilància amb aquesta finalitat es trobaven tancats arran de l'estat d'alarma. Per tant, cal trobar estratègies per oferir protecció a les mares i als infants i mantenir oberts espais segurs per a l'entrega i la recollida de fills i filles, que són víctimes indirectes de la violència masclista en el nucli familiar.

_ Bibliografia



Garcia-Esteve, LL., Vallejo Echevarria, T., Barba, R., Valls, E., Puig, O. i Higuera, L. (2020)
Violència sexual atesa a l'Àrea d'Urgències de l'Hospital Clínic de Barcelona. Informe presentat en roda de premsa el 25 de novembre de 2020 per la Comissió de Violència Intrafamiliar i de Gènere de l'Hospital Clínic de Barcelona.

Com acompanyar les violències des d'una perspectiva feminista?



Nahxeli Beas

_ Assessora jurista i part de l'equip d'incidència política de l'Associació d'Assistència a Dones Agredides Sexualment (AADAS)

AADAS –Associació d’Assistència a Dones Agredides Sexualment– és l’entitat que des de fa més de trenta anys acompanya a Catalunya dones supervivents de violències sexuals, de forma especialitzada, gratuïta, integral i des d’una mirada feminista i interseccional. Però, què significa que l’acompanyament sigui feminista? Segurament pot entendre’s des d’enfocaments molt diversos; en el nostre cas, significa entendre les violències des d’una perspectiva feminista, segons la qual les violències masclistes són instruments patriarcal de dominació, abús i poder que pretenen mantenir les identitats de gènere no hegemòniques en una posició de subalternitat. Des d’aquest punt de vista, les violències sexuals no són una expressió violenta de la sexualitat sinó una expressió sexualitzada de les violències masclistes (encara que també poden ser l’expressió de violències que sorgeixen d’altres eixos d’opressió com el racisme o el capacitisme).

Aquestes violències són estructurals i sistèmiques, i no és que afectin de manera individual les persones que les reben, sinó que constitueixen una part intrínseca de l’experiència quotidiana dels cossos que poden ser objecte d’aquestes violències. Aquest marc ens permet orientar l’acompanyament justament a revertir aquesta intenció de les violències. D’aquí que el seu afany sigui retornar aquesta agència i aquest empoderament que les violències han pretès arrabassar a qui les ha sofert.

Per això és imprescindible que l’acompanyament sigui un acte d’escolta. Escoltar ens permet identificar les necessitats de la usuària i posar-les en el centre, per avançar en la reparació de les violències, que és un dels objectius clau de l’acompanyament que fem.

Acompanyar des d’aquest estar feminista implica desterrar de la nostra mirada el judici sobre l’altra i desconstruir els estereotips de gènere que pesen entorn de les violències sexuals: sobre les agressions sexuals, els agressors i les agredides. Això moltes vegades suposa, per a qui ha rebut aquestes violències, sentir comprensió respecte a la seva vivència, que és vàlida encara que no es correspongui amb aquests estereotips (mai no ho fa).

L’agressió soferta no ha de ser entesa com un succés aïllat sinó com a part d’aquestes violències que operen contra totes les que no estem en un lloc de privilegi de gènere (moltes vegades com a càstig per haver ocupat un espai de llibertat). Això desterra la culpa i la sospita

social de provocació associada a les víctimes d'aquests delictes i col·loca la responsabilitat de les violències en el lloc que els correspon perquè en dissocia la causalitat de les decisions que va prendre o podia haver pres la dona supervivent.

Reconèixer i valorar les decisions de la dona és molt important, no solament les que va prendre encarant les violències sinó les que pren des de la seva agència en el procés de recuperació. Un exemple podria ser posar en relleu la valentia i el coratge que suposa l'acte mateix de trencar el silenci que envolta les violències sexuals; un altre, reconèixer les decisions que pren la supervivent com un acte d'autodefensa davant de les violències viscudes (també per compensar aquelles agressions en què la dona sent que no es va poder defensar).

Això sí, partir del reconeixement puntual de qui sofreix les violències com a víctima perquè ha estat qui ha rebut el dany, per col·locar d'aquesta manera la responsabilitat de l'agressió en l'agressor, no pot implicar victimitzar-la. Haver rebut violència no ens fa ser menys capaces de prendre les nostres pròpies decisions, no ens converteix en persones amb necessitat de ser tutelades, i menys encara infantilitzades.

I això respecte a les violències sexuals, però també pel que fa a altres violències. Tenir en compte els eixos d'opressió que travessen una dona que acompanyem és imprescindible, per exemple, per prevenir les violències institucionals a què estarà més exposada en una societat que és racista, adultista, capacitista, classista, etc. Però no pot significar col·locar aquesta dona en una identitat fixa de fragilitat. Una persona en situació de migració pot estar en una situació de vulnerabilitat a causa del mateix procés migratori i del sistema racista a què s'enfronta, però al mateix temps aquest procés migratori està ple de decisions pròpies, de sabers i d'autonomia. També en això cal posar la mirada.

Un repte que presenta l'acompanyament és la superació d'un cert model assistencialista basat en relacions unidireccionals, jeràrquiques o colonials. Cal reconèixer la vulnerabilitat humana com quelcom que ens travessa a totes en diferents moments i etapes vitals, per mirar de trencar aquesta frontera entre qui pot ajudar i qui solament pot ser ajudada. Es tracta de fer de la interdependència un possible valor positiu per convertir-la, al seu torn, en una eina política davant d'un sistema individualista i depredador.

Col·locar-me en el lloc de l'altra, saber que haver patit violències ens pot fer trobar un lloc de complicitat, no ha d'invisibilitzar els privilegis i les opressions que ens travessen a cada una de nosaltres de forma diferent segons el lloc on hem nascut, el nostre color de pell, la nostra edat, la nostra classe, etc. El caràcter interseccional de les violències implica que no solament se sumen sinó que, en la seva combinació, creen espais de vulnerabilitat específics. La mirada interseccional ens ajuda a entendre aquests espais específics i a enfocar així l'acompanyament. Per això no només he de mirar l'altra en tota la seva complexitat sinó també tenir en compte els meus propis privilegis. L'autopercepció ens donarà moltes claus sobre com miro i com les altres em llegeixen.

Juntes som més fortes. Crear una xarxa de cures de la qual forma part la persona que acompanyes li genera una pertinença a un projecte que va més enllà de la seva recuperació. Això també permet connectar l'experiència de cada dona amb la de les altres i que trobi un lloc comú, un lloc des del qual implicar-se amb altres, per exemple a l'hora d'entendre una alta en la teràpia, en el moment de deixar l'espai terapèutic a altres dones que comencen aquest procés o acompanyant l'altra a través del voluntariat.

Cuidar a les que cuidem també és bàsic. El nostre treball ha de ser sostenible, i per això també cal posar en el centre la cura de les que estem dia a dia acompanyant violències, perquè és una activitat que sempre deixa residus emocionals i que moltes vegades apel·la a experiències de violències viscudes en primera persona. Això passa per un finançament digne de les entitats, quelcom que avui dia és inexistent, i pel reconeixement social del treball que fem i el suport a les nostres infraestructures per part de l'administració pública.

Dins de l'entitat, funcionar en equip ens permet afrontar l'acompanyament d'una forma integral, interdisciplinària i holística, repartir treball i responsabilitats, i ser més fortes. És important el reconeixement del treball de les altres i cooperar entre nosaltres, lluny de dinàmiques de competitivitat (tant entre les treballadores d'una mateixa entitat com generant xarxes feministes entre entitats i col·lectius diversos), amb eines com la comunicació directa, la supervisió, la facilitació emocional, etc., i amb un enfocament del treball des de la sororitat que ens permeti desmuntar la casa de l'amo amb les nostres pròpies eines.

L'objectiu de tot aquest treball de prevenció, formació i acompanyament de dones supervivents per part d'entitats i col·lectius feministes no és ni pot ser posar un pegat als espais que no cobreixen els serveis públics ni únicament reduir les conseqüències de les violències, inclosa la institucional, sinó la incidència política i la participació activa en el canvi de les estructures socials i polítiques que són causa i conseqüència d'aquest tipus de violències. Aquí, les que treballem en entitats feministes, hi posem el cos, l'energia, la ràbia i l'empatia, deixant de banda colors polítics o beneficis econòmics o electorals.

Perquè no volem que hi hagi menys violències sinó que volem erradicar-les, necessitem continuar, sostenir i ampliar aquest treball des de la perspectiva transformadora dels feminismes interseccionals, antiracistes i anticapitalistes, no com una tireta sinó com un detonador.

Xarxa d'atenció en matèria de violència masclista a Barcelona



Pilar Babi Rourera

_ Metgessa de família al CAP La Pau (ICS)

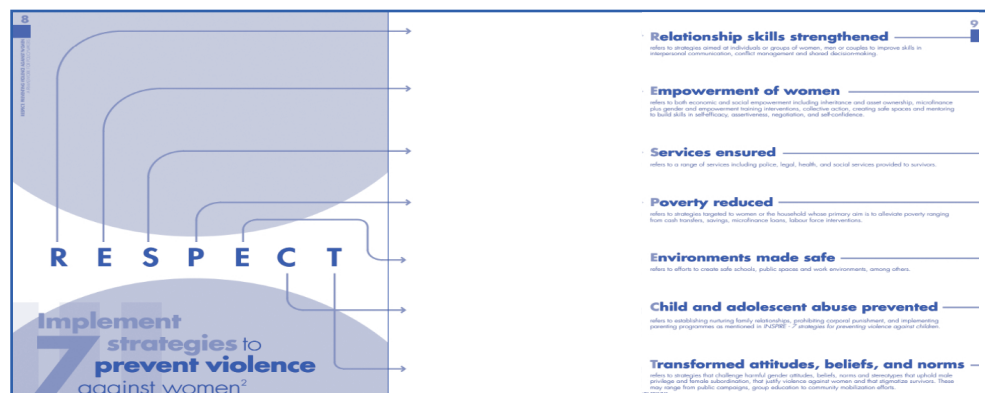


La Xarxa d'atenció és l'espai relacional per a la trobada i el treball de les persones de diferents serveis que atenen dones en situació de violència masclista, en l'àmbit de Catalunya, i s'articula en circuits territorials. Els sistemes de salut hi participen com a part integrant i també a través de les derivacions entre diferents disciplines i recursos. Hem avançat en els darrers vint-i-cinc anys, però els reptes organitzatius i de formació requereixen millores.

_ Per què cal una xarxa d'atenció?

Parlem de xarxa d'atenció contra la violència masclista perquè és una violència estructural que afecta la totalitat de les dones i de la cultura, perquè cap recurs o servei no la pot atendre de forma completa, i perquè les dones surten i es recuperen de la violència d'una manera relacional.

De fet, sabem que les dones que tenen xarxes relacionals consistents (familiars, d'amistat i comunitàries) pateixen menys violència masclista i tenen més oportunitats de sortir-se'n. Sabem que la pèrdua de relacions significatives és una de les conseqüències de la violència masclista i que les circumstàncies que redueixen la xarxa de relació augmenten el risc de patir-la i n'augmenten la gravetat. Això val tant per a la xarxa formal, integrada per professionals, com per a la informal, constituïda per les relacions familiars, d'amistat i comunitàries.



_ Com s'organitza la Xarxa d'atenció? El Circuit Barcelona contra la Violència Masclista



En el cas de la ciutat de Barcelona, tenim el Circuit Barcelona contra la Violència Masclista (CBCV). Sota el paraigua institucional de l'Ajuntament de Barcelona i el Consorci Sanitari de Barcelona, s'organitzen els diferents serveis i administracions que vetllen per les dones en situació de violència masclista.

El CBCV té un grup motor que recull les propostes i marca o aplega les directrius. El treball de relació es realitza en els diferents circuits dels districtes, i també hi ha dues reunions plenàries anuals. El meu és el Circuit de Sant Martí; hi participo com a representat del meu CAP i com a referent de salut.

Per fer-vos-en una idea, a les reunions del Circuit de Sant Martí sovint hi ha entre vint-i-cinc i quaranta persones convocades: cossos policials (Mossos i Guàrdia Urbana), serveis de salut, serveis socials del districte, serveis de prevenció municipals, agents d'atenció comunitària, professionals dels serveis específics (PIAD i SARA), de l'atenció a la salut mental i també, darrerament, del Departament d'Educació.

Participar en el Circuit ha significat per a mi una gran fortuna: la possibilitat de conèixer els diferents serveis, l'ocasió de millorar la relació amb les persones i els recursos als quals pertanyen, la formació que s'hi realitza. És un gust comprovar com persones de diferents disciplines de coneixement, que treballen des de serveis diferents, amb aspectes complementaris en l'atenció contra la violència masclista, poden entendre's, treballar plegades i crear coneixement col·laboratiu interdisciplinari, una cosa que, sembla mentida, continua sent gairebé revolucionària.

També, com no podia ser d'altra manera, hi ha dificultats. Un repte bàsic és establir objectius que apleguin els diferents interessos i donar veu a les diferents realitats de les persones i dels dispositius assistencials, és a dir, la dificultat que totes les veus hi siguin representades (el moviment associatiu, per exemple, tant potent a casa nostra, no hi és prou representat).



Un altre obstacle és que la càrrega de treball que suposa participar-hi no sempre és tinguda en compte per les nostres respectives empreses, que d'una banda ens animen a anar-hi i de l'altra no ho consideren en les nostres tasques laborals.

I també hi ha la por d'esdevenir una mena de realitat paral·lela que s'allunya de les dones a les quals volem ajudar i servir, el perill que al Circuit les coses semblin més reals que a la realitat mateixa. De fet, aquesta és una de les conegudes crítiques a l'assistencialisme.

El sistema sanitari dins la xarxa de recursos contra la violència masclista: el paper de l'atenció primària de salut



Cal preguntar-se quin lloc ocupen els serveis sanitaris en l'atenció a la violència masclista, quina és la seva responsabilitat i com es relacionen amb els altres serveis i associacions i amb la comunitat. Quina és la rellevància de les professionals de la salut en aquesta xarxa de recursos? Què ens legitima a ser-hi? Quines són les nostres especificitats? Quines les nostres dificultats?

Bé, no només hi estem legitimades, sinó que estem obligades a prestar aquesta atenció. Ens ho recorden el Conveni d'Istanbul del Consell d'Europa, signat per l'Estat espanyol el 2013, la Llei del dret de les dones a erradicar la violència masclista, aprovada pel Parlament de Catalunya el 2008, i la Llei orgànica de mesures de protecció integral contra la violència de gènere, del 2004.

Els serveis d'atenció primària de salut representen un lloc de gran vàlua en la **detecció** de la violència masclista, pel fet que gairebé la totalitat de la població passa pel CAP almenys una vegada en un període de cinc anys, per la relació de confiança que s'estableix entre pacient i professional, i perquè la prevalença de violència masclista entre les dones que acudeixen a la consulta és molt superior a la de la població general.

Davant del repte de fer una detecció sistemàtica de la violència masclista des de l'atenció primària, s'utilitzen diversos instruments específics. En el nostre context l'eina que s'ha escollit és el PVS (Partner Violence Screen). És breu, té tres preguntes, i la resposta positiva a qualsevol de les tres obliga a continuar amb la cerca d'informació. És un instrument de detecció, no de diagnòstic o que pugui validar una situació.

D'altra banda, ens cal una política pública, amb el suport polític necessari, per concretar com s'ha de fer la detecció sistemàtica de la violència masclista. Actualment ja hi ha un acord per a les dones gestants. Així, prenent exemple del que ja s'ha fet, es podria pensar en la necessària ampliació del protocol de detecció.

Sabem que les dones no es molesten quan ens interessem per les seves relacions de parella i per si estan patint violència masclista; per tant, podem preguntar-los-ho de manera amable i explícita en aquelles condicions mèdiques que n'augmenten la prevalença o que en són conseqüència.

Però només diagnostiquem allò que coneixem. Així doncs, ens cal conèixer com la violència masclista afecta la salut de les dones i dels seus fills i filles. Hem de saber quina és la prevalença de la violència masclista en el nostre context d'atenció, que variarà segons l'edat, la patologia associada, el lloc de naixement i la piràmide de població, entre d'altres factors. Ens cal conèixer les característiques de les lesions; les conseqüències per a la salut mental, sexual i reproductiva de les dones i els efectes sobre les patologies cròniques; i les repercussions en el desenvolupament físic, psíquic i relacional de les criatures, sempre víctimes en un rerefons.

La detecció només obre una porta a un **procés d'atenció** que probablement serà llarg. Els aspectes de l'atenció són diversos i aquí només puc esmentar-los.

Cal **avaluar el risc**, perquè és molt important per a la dona que estem atenent i perquè del nivell de risc en dependrà l'atenció posterior. Hi ha diversos instruments per valorar-lo; destaquem l'RVD-BCN, validat a la nostra ciutat des de ja fa uns anys i que és el més utilitzat.

Hem d'**informar la dona** que viure una realitat de violència masclista té repercussions per a la seva salut. És una oportunitat per reinterpretar la seva patologia en funció d'aquesta situació; així, un trastorn per dolor crònic o una dificultat per seguir les prescripcions mèdiques, posem per cas, s'entenen millor després de saber com està vivint aquesta dona.

Pel que fa a la **derivació** a recursos especialitzats i no especialitzats, la presència de lesions ens obliga a comunicar-ho a Justícia; així ho diu la llei i així ho diuen tant el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género com el Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Això implica moltes dificultats assistencials, en l'esfera ètica i relacional, i aquest nus fa nosa en el procés d'atenció i cura.

A la ciutat de Barcelona, un RVD per damunt de 10 ens recomana derivació al SARA (Servei d'Atenció, Recuperació i Acollida), i un risc inferior a 10, derivació al PIAD (Punts d'Informació i Atenció a les Dones) o als serveis socials municipals.

Altres derivacions que no depenen del risc són les vinculades amb la patologia específica; per exemple, potser ginecologia ha de fer alguna actuació, o potser cal una derivació a salut mental.

No podem oblidar el moviment associatiu i els **recursos comunitaris**, que sovint són de gran ajuda per acompanyar les dones en la seva recuperació. Recordem que tenir relacions socials és un factor que genera resiliència contra la violència masclista. També vull destacar el paper de les treballadores socials dels equips d'atenció primària com a coneixedores dels recursos existents.

La longitudinalitat és una característica «prínceps» i un valuós instrument de la medicina familiar i comunitària. Però té les seves servituds: sabem que sortir d'una relació de violència costa de mitjana set anys a les dones. Durant aquest temps, les veurem passar per diferents moments del **cicle de la violència**. És fàcil caure en el desànim, o encara pitjor, en el judici i el rebuig. Hem de buscar estratègies contra el burn out.

La pandèmia de la Covid-19 ha estat un repte fenomenal per a la nostra civilització. Els sistemes de salut s'han vist pressionats d'una manera que no té precedents immediats. I potser

per l'enorme envergadura de la pandèmia, o potser per la manera com l'hem gestionada, ha esdevingut un vel que sembla tapar-ho tot.

Els serveis hem hagut d'afrontar sense reforços l'atenció als pacients infectats, i l'atenció a la resta de patologies no urgents ha quedat ajornada, en part per les directrius sanitàries i la decisió dels i les professionals, i en part per la decisió de les persones que s'han quedat a casa tot i presentar, de vegades, necessitats greus i urgents. Recordem que la mortalitat no justificable pel virus SARS-CoV-2 també ha augmentat en aquest fosc any 2020, sembla que especialment per malalties cardíaques i neoplàsiques (tumors).

Els serveis específics d'atenció a la violència masclista han fet un esforç molt gran per mantenir-se al costat de les dones, però han tingut moltes dificultats. Alguns han anomenat aquest fenomen com una «crisi de presencialitat», un no ser-hi dels recursos, que s'ha sumat a un no ser-hi dels amics i amigues, de la família, de la xarxa que ens sosté i ens fa bo el viure.

Val la pena llegir la informació de l'OMS pel que fa a la Covid-19 i la violència vers les dones,⁶ i també us convido a veure les ponències del II Congrés Internacional per a l'Erradicació de la Violència Masclista, que trobareu a la pàgina web de l'Institut Català de les Dones, i on hi ha una exhaustiva reflexió respecte del que estem comentant.

_ Què ens cal per atendre els reptes?

- ▶ Formació. Una formació que no és neutra, ja que qüestiona la manera com hem après a viure i veure el món.
- ▶ Un model que tingui presents les diferències de l'emmalaltir de les dones.
- ▶ Tenir en compte i fer efectiu que la relació entre els diferents recursos és una tasca cabdal, i no pas accessòria, de la pràctica clínica.

_ Bibliografia



(Aquesta bibliografia està pensada per a estudiants de grau. Es podria considerar una bibliografia bàsica.)

Artazcoz, L., Garrido, A., Juárez O., Otero, I., Pasarín, M., Pérez, K., Pérez, G. i Salvador M. (2019) *Violència masclista en l'àmbit de la parella des d'una perspectiva de salut pública: marc conceptual*, Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2009) *Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya*, Barcelona: Departament de Salut.

Grup de Violència de Gènere i Atenció Primària de la CAMFiC (2012) *Violència de gènere i Atenció Primària de Salut: una visió des de la consulta*, Barcelona: EdieDe.

OMS (2016) *Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual Clínico*, Washington, D.C.: OPS.

Subdirección General de Sensibilización, Prevención y Estudios de la Violencia de Género (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género) (2020) *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019*, Madrid: Ministerio de Igualdad.



Taula 3

--	--	--	--	--

IMPACTE DE LA CRISI EN LA SALUT DE LES DONES
EN SITUACIÓ DE VULNERABILITAT:
EFECTES, RESPOSTES I SABERS



La crisi actual ha afectat la salut de tota la comunitat, però ho ha fet de manera desigual: les persones que ja es trobaven travessades per situacions de vulnerabilitat múltiples s’han vist més perjudicades, i les desigualtats que ja hi havia abans de la crisi de la Covid-19 s’han accentuat. Aquesta taula va sorgir de la necessitat de no deixar ningú enrere i d’escoltar les necessitats i els sabers construïts des de les diferents vivències.

- _Lucia Serra Domínguez i Micaela Mahi Cuyami
- _Carme Riu Pascual
- _Aura Roig Forteza
- _Neus Pociello Cayuela

Reflexions des del Grup de Dones de Nikosia en la virtualitat pandèmica. Com ens arreglem l'acompanyar-nos?



Lucía Serra Domínguez y Micaela Mahi Cuyami

- _ Vicepresidenta de Nikosia, artista antiracista i escriptora
- _ Psicòloga, psicoanalista, cocoordinadora de Nikosia

Resum

Les autores, participants del col·lectiu i Associació Sociocultural Ràdio Nikosia, així com del grup de dones de l'entitat, reflexionen sobre els efectes de la pandèmia des d'una perspectiva vivencial i consideren, des del rol de les professionals que acompanyen, alguns d'aquests efectes en les persones que conviuen amb malestars mentals i les possibles transformacions que hi pot haver.

_ Intervenció de Micaela Mahi Cuyami, vicepresidenta de Nikosia, artista antiracista i escriptora



«Em van dir que no soc seriosa, que em falta un bull, que crido al vent la còlera, la insensatesa, la ràbia, el verí. Són ells els còmplices de les contradiccions socials. Jo soc radical i crítica, heus ací la meua condició. Violenta contra l'agressió, l'abús i la destrucció. L'*establishment* mira com caic de morros a terra, sota terra: he arribat al conflicte, a la impermeabilitat de l'*statu quo* on desapareixen i convergeixen les nostres ments primitives, un subsòl desesperat i un progrés que s'esvaeix quan el toques.

El sistema ensenyava a caminar de dret cap a l'infinit, on l'horitzó s'ajunta amb l'ocàs, i allà mors. Són centenars de cadàvers al mar Mediterrani, són centenars de boges recloses a casa sense poder sortir, per tota esperança una videotrucada, un petit espai on poder respirar.

Em vaig permetre el luxe d'imaginar una revolució, i ha arribat: intacta, impol·luta, macabra.

L'*establishment* mira com caic, no sé com contrariar-lo, crec que ha arribat l'hora.

L'helicòpter que tinc just a sobre del cap m'indica que ha començat el toc de queda.

Als exclosos, a les boges/ bojos, als migrants, als pobres.

A les utopies, un dia vaig somiar, però no pas això.»

El Grup de Dones de Nikosia és un col·lectiu amb veu pròpia que s'identifica amb el feminisme i prova de curar l'estigma i l'exclusió social que pateix creant nous paradigmes i horitzons.

El març del 2020, recloses a casa nostra, amb ansietat, amb fòbia social, ingressades a l'hospital, buscàvem moments de trobada a través del WhatsApp. Després, per videoconferència.

Un cafè, un te i ens explicàvem què fèiem, què ens calia. Hi havia companyes que no tenien ordinador, d'altres sense connexió, i un company, en Nedim, els va donar un cop de mà.

Totes parlàvem, la Maru, la Lola, la Tània, la Luisa, la Núria, la Mònica, la Lucía, la Marta, la Francesca, la Natàlia, la Graci i jo, de les nostres angoixes, de la soledat, de la incertesa i la ràbia d'estar recloses, de veure els telediaris i cada cop més morts, i de l'estigma al barri, al carrer, el de cada dia.

La nostra salut mental s'ha vist molt afectada; i no només la nostra, la de totes i tots. La repercussió que ha tingut per a nosaltres la crisi de la Covid-19 és que a peu de carrer no hi ha tants espais que ens acullin. Els centres cívics van ser sempre els nostres millors aliats, però ara aquests espais no hi són, i encara que sigui per poc temps deixen sense xarxa col·lectius ja exclosos.

La Xarxa Sense Gravetat⁷ va continuar durant el confinament com a mode de supervivència i ens fa enfortir a tots, però va fer surar les mancances, i les persones amb poca xarxa van quedar fora del panorama.

La nostra experiència comunitària ensenya que cal aliar-se amb algun col·lectiu i tenir una xarxa veïnal, altrament hom pot quedar aïllat.

El racisme que patim com a persones boges es multiplica per cinquanta quan ets una dona negra amb patiment mental: la dimensió política i institucional que tenen el partit d'extrema dreta Vox i els seus aliats va més enllà del propi partit. Si no es fan autèntiques aliances d'esquerres, els errors del passat tornaran.

Nosaltres som una trobada de forces i debilitats que resistim les violències institucionals tot cercant la nostra fortalesa i la nostra salut. Deia Basaglia: «El malalt mental és "malalt" sobre tot perquè és un exclòs i ha estat abandonat per tothom. Perquè és una persona sense drets contra la qual tot és possible».⁸

⁷ La Xarxa Sense Gravetat (2018) és un projecte comunitari que coordina i promou tallers, laboratoris i «instàncies de producció col·lectiva obertes a la ciutadania i articulades des d'una predisposició sensible cap a aquelles persones que han viscut experiències en el camp de la salut mental i la diversitat funcional». Disponible a: <https://redsingravetat.org/ca/> (consultada el 7 de desembre de 2020).

⁸ Vegeu Basaglia (2019).

Les persones amb sofriment mental pateixen la violència institucional i l'estigma d'una societat que criminalitza i margina tot aquell que viu una realitat diferent.

Deia també Basaglia: «La ciència, sempre al servei de la classe dominant, va decidir que el malalt mental era un malalt incompreensible i, com a tal perillós, i de reaccions imprevisibles; li deixava així com a única opció la mort civil».

La ciència ha estat l'eina amb la qual s'ha executat el malalt mental. Les eines del sistema social han estat els electroxocs i els aparells de contenció mecànica. Són eines de tortura.

La institució ha de recollir els brots verds de la psiquiatria: les cases de crisi, el Diàleg Obert, eines lliures de coerció i que busquen un tracte horitzontal.

Deia Audre Lorde: «Les eines de l'amo mai no desmuntaran la casa de l'amo». Quanta raó tenia.⁹

_ Intervenció de Lucía Serra Domínguez, psicòloga, psicoanalista, cocoordinadora de Nikosia



Avui, al programa que cada dimecres emetem a Ràdio Contrabanda des de fa setze anys, hem parlat de l'efecte que ens ha fet la notícia de la violència institucional viscuda fa dies per una noia de vint-i-sis anys en un centre de salut de Sabadell, on havia anat per una visita amb el seu psiquiatra.

Són imatges i crits que des de la pantalla fan mal al cos, commocionen i activen records de violències i indignitat en les memòries de companyes i companys que han viscut experiències de psiquiatrizació. Fa mal la passivitat dels funcionaris que exerceixen la crueltat contra una dona que pateix a la porta de la mateixa institució que hauria de tenir-ne cura.

⁹ Conegudes paraules d'Audre Lorde.
Disponible a: <https://sentipensaresfem.wordpress.com/2016/12/03/haal/> (consultada el 23 de novembre de 2020).

Fa mal que una professional, en veure's qüestionada, no pugui respondre amb cap altra eina que no sigui el sarcasme i la imposició d'un protocol, aquest cop relacionat amb el coronavirus, però sempre a punt com a resposta per protegir l'ordre i la norma, el «qui és qui» i el «qui pot què» en un centre de salut mental.

Fa mal que la resposta institucional davant de l'enrenou mediàtic posterior sigui justificar la presència policial al centre de salut, com si no existissin més respostes possibles que la repressió.

Fa mal que encara siguin usuals als serveis de psiquiatria les anomenades «contencions mecàniques», pràctica equiparable a la tortura que l'OMS no justifica en cap cas i que és denunciada en la campanya «Zero contencions»,¹⁰ en què es detallen i promouen altres pràctiques de contenció afectiva: parlar i escoltar, també en moments d'agitació i risc, estats circumstancials que poden augmentar o disminuir segons la resposta de l'entorn, però que s'utilitzen habitualment com a excusa per lligar la persona en estat crític.

Amb quines eines desmuntem la casa de l'amo? Com acollim i contenim malestars en moments de desbordament, com donem aixopluc al sofriment i la seva història més enllà dels protocols, fora de metodologies tancades i disciplines reproduïdes sense ser qüestionades en la feina d'alguns centres d'atenció?

Coneixem experiències arreu del món que respecten i promouen els drets de les persones amb sofriment mental, i celebren orgulls de les bogeries i les rareses; xarxes internacionals que construeixen salut i clubs socials que treballen en comunitats petites; organitzacions veïnals i entitats que resisteixen amb afecte davant la distància social i troben esclatxes per acompanyar en la incertesa i protegir la vida davant la soledat excessiva.

És una pràctica feminista poder pensar juntament amb altres com és aquest lloc en què cadascuna arreplega forces quan es perd massa? Fer feminismes en salut mental pot implicar construir espais de trobada horitzontals on la participació real sigui en ella mateixa una pràctica política. On l'acompanyament i l'intercanvi col·lectiu posin en circulació les fragilitats

10 Campanya de denúncia de les contencions mecàniques en salut mental d'important impacte en l'Estat espanyol i amb participacions internacionals. Veieu: <https://0contenciones.org/> (consultada 7 de desembre de 2020).

i la força de totes i cadascuna, més enllà de les etiquetes i dels diferents rols i funcions. Segurament és més el que ens apropa que el que ens allunya en les nostres biografies, discursos i desitjos, però aquestes complicitats emergeixen en entorns de confiança on les professionals també s'hi juguen alguna cosa de si mateixes, on també es posen en joc honestament per tal que s'esdevinguin transformacions.

Encara que no calgui qualificar-ho com a feminista, pensar juntament amb la companya que viu el dolor de l'estigma ens permet restar importància a les pròpies certeses, acceptar el cansament i el desconcert quan arriben, tenir temps, espai i disposició per commoure'ns, per atansar-nos a allò trastocat i difús que apareix en nosaltres mateixes quan l'altra decideix compartir la seva fragilitat.¹¹ Construir pràctiques feministes implica tenir temps per pensar i elaborar col·lectivament, per rellegir i revisar les pròpies pràctiques, compartir com estem més enllà dels objectius plantejats, distribuir el poder o poder disputar-lo, parlar i escoltar equitativament per poder afectar-nos: observar en cadascuna l'efecte de l'altra. Per apropar-nos i també per diferenciar-nos, i perquè les necessitats de les persones siguin respectades també en entitats socials que reproduïen violències.¹²

Abans de l'aparició del virus i del confinament mundial ja vivíem davant del risc que les modalitats perverses de l'atenció a la salut s'instal·lessin silenciosament per arrabassar-nos les nostres capacitats de transformació social. Amb l'excusa de la pandèmia correm el risc d'admetre la imposició de les cures automatitzades promogudes per la indústria de la despersonalització, amb aplicacions de mòbil per automonitoritzar les emocions,¹³ com si existissin sense relació amb les condicions de vida de les persones, com si fos possible entendre i atendre la salut fora del vincle social i de les corporalitats afectives que constitueixen les relacions de cura. Els protocols i les respostes sense reflexió, de circuit tancat, no són evidència de qualitat ni de professionalitat davant del sofriment humà.

11 Per ampliar aquestes idees recomanem la lectura del text col·lectiu escrit pel Grup de Dones de Nikosia. Veieu Fernández i Serra (2020).

12 Em refereixo a la situació de discriminació que va viure una treballadora de la salut en una entitat a Barcelona que es defineix com a feminista. Més informació a: <https://directa.cat/la-precaritzacio-de-les-treballadores-dintervencio-directa-com-a-obstacle-per-la-lluita-contra-les-violencies-masclistes/> (consultat el 7 de desembre de 2020).

13 Es tracta d'una aplicació per a mòbils que el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya promou com a resposta logarítmica a les necessitats d'acompanyament psíquic i afectiu-emocional de la població davant la pandèmia del coronavirus. A l'aplicació es promou el control dels estats emocionals a través d'un autotest. Considero que és un exemple actual de l'extrema despersonalització i virtualització de l'acompanyament en salut, sense vinculació ni llaç social, sense professionals contractats per l'Estat i sense persones ni cossos que encarnin aquests malestars.

Durant els mesos de confinament diferents escenes de la pròpia quotidianitat van formar part del teletreball: es feien reunions virtuals en habitacions, gossos i gats apareixien en pantalla, companyes de casa, el soroll de la rentadora i criatures tafañeres entraven a la videotrucada. Aquesta petita intimitat abocada a les pantalles va poder inaugurar un altre tipus d'intercanvi relacional. Vam compartir un plus d'intimitat, vam exposar detalls propis encara que estiguéssim confinades en la distància. Observar la intimitat de l'altre i deixar veure alguna cosa de la pròpia vida a les pantalles pot haver ajudat a sostenir la presència afectiva davant de la intempèrie del confinament.

El fet de gosar posar en joc alguna cosa nostra i preuada ens mostra un possible camí per acompanyar moments de desbordament i desconcert sense protocols ni pors automàtiques. Cal teixir espais amb diferents coneixements, experts i profans,¹⁴ amb eines diverses, inesperades, afectuoses i honestes amb les quals podrem construir col·lectivament les nostres cases sense amo. Amb les diferències i singularitats de cadascuna, amb confiança i valentia. En paraules de l'estimada Suely Rolnik, podrem crear «així territoris relacionals temporals, variats i variables. En aquests territoris es produeixen sinergies col·lectives, proveïdores d'una acollida recíproca. Això afavoreix els processos d'experimentació de modes d'existència diferents dels hegemònics (aquells que els gèrmens de futur anuncien) en valoritzar i legitimar la seva gosadia».¹⁵

14 Em refereixo a la idea de «sabers profans» que proposa Martín Correa-Urquiza, fundador de Ràdio Nikosia. Són els sabers de les persones que han viscut experiències, en aquest cas de sofriment mental, generats en i des dels seus propis recorreguts. «Són sabers que existeixen i han existit sempre, tant en termes de reflexió teòrica, com de pràctica efectiva en el seu desenvolupament. Han funcionat en certa manera sota dinàmiques de clandestinitat, ocultant-se per ser, camuflant-se amb textures socialment acceptades per aconseguir sobreviure, "vestint-se de normalitat per poder estar entre els altres", com va explicar en Pau, nikosià, durant una emissió l'any 2004». Vegeu Correa-Urquiza (2014: 66).

15 Veieu Rolnik (2019: 129).

_ Bibliografia



Basaglia, F. (2019) *La institución negada y otros escritos*, Barcelona: Barral. Disponible a: https://academia.edu/32676947/Basaglia_1972_La_Instituci%C3%B3n_Negada.

Correa-Urquiza, M. (2014) «La irrupción posible del saber profano. Hacia una construcción colectiva del conocimiento en salud mental», a *Temps d'Educació*, núm. 47, p. 63-75.

Disponible a: <https://radionikosia.org/eixos-de-pensament/problematizando-la-practica-articulos-y-trabajos-teorico-academicos-sobre-nikosia/>.

Fernández, A., Serra, L. i Grup de Dones de Ràdio Nikosia (2020) «Vida comunitaria para todas: salud mental, participación y autonomía. Informe SESPAS 2020», a *Gaceta Sanitaria*, núm. 34 (S1), p. 34-38. Disponible a: <https://radionikosia.org/eixos-de-pensament/problematizando-la-practica-articulos-y-trabajos-teorico-academicos-sobre-nikosia/>.

Rolnik, S. (2019) *Esferas de la insurrección. Apuntes para descolonizar el inconsciente*, Buenos Aires: Tinta Limón.

Impacte de la crisi en la salut de les dones en situació de vulnerabilitat



Carme Riu Pascual

_ Presidenta de l'Associació Dones No Estàndards, llicenciada en Psicologia i Pedagogia per la Universitat Autònoma de Barcelona

Bona tarda! Estic molt contenta de ser amb totes vosaltres, i gràcies a Hèlia per haver pensat en nosaltres per parlar de la violència.

El masclisme està per tot arreu. El patriarcat ha estructurat i construït tota la nostra cultura, societat i urbanisme. L'androcentrisme tendeix a separar tota la població, homes i dones, raça blanca i raça negra o altres, heterossexuals i homosexuals, capacitats i discapacitats... Això és una forma de control; així, a cadascuna de les categories se li atribueixen qualificatius, si formes part de la primera part, i desqualificatius si estàs a la segona.

Per perpetuar el menyspreu, l'aïllament, la discriminació i la violència vers les dones amb discapacitat, el masclisme fa servir dues estratègies molt violentes, encara ara molt desconegudes: el normalisme i el discapacitisme.

_ El normalisme



La nostra cultura pateix un símptoma psicològic, l'anormalfòbia, que fa que totes les persones de la nostra societat siguin normalistes. Tota l'energia de l'individu es projecta a evitar la relació amb l'objecte fòbic, en aquest cas amb tot el que no sigui normal.

La normalitat és un terme androcèntric que separa la població, les situacions i els comportaments en normals i anormals. La normalitat es converteix així en una categoria que cal defensar per damunt de tota ètica.

S'ha analitzat el racisme, el masclisme, etc., però mai s'ha estudiat el NORMALISME.

_ El discapacitisme



El discapacitisme és una activitat que la societat competitiva ens ensenya per assolir una posició socialment prestigiosa. Per aconseguir-ho, ens passem la vida trobant els punts febles dels altres, i aprofitant-nos-en; així, ens sembla que quan deixem l'altre en evidència, ja hem superat un grau, però a la vegada som infeliços perquè aquest altre ja no ens vol, i a més n'hi ha d'altres que estan per sobre nostre i ens fan el mateix a nosaltres. Però

continuem i practiquem per guanyar la carrera, i a la fi no la guanya ningú, perquè els de dalt de tot són únicament homes blancs, sese escúpols, violents i que estan del tot sols emocionalment i són infeliços.

La mirada masclista projecta una dona d'unes característiques que es plasmen en un cos normatiu al qual qualsevol dona ha d'arribar. Gairebé cap dona arriba a l'òptim d'aquest model normatiu, però qui no encaixa de cap manera són les dones amb diversitat funcional, que tenim el significat de mercaderia malmesa. Per tant, no se'ns pot considerar ni dones.

Quins són els factors socials que converteixen les dones amb discapacitat en persones molt més vulnerades que la resta de dones?

- ▶ Dificultat per reconèixer com a senyals de maltractament circumstàncies que s'associen de manera «natural» a la condició de la dona amb discapacitat, com ara un tracte infantil o no ser escoltada.
- ▶ La manca de credibilitat que s'atorga a una dona que té problemes mentals o de comunicació.
- ▶ Dificultat «moral» de la societat per reconèixer que una dona amb discapacitat hagi pogut ser objecte de violència o abús.

Per part de les dones amb discapacitat o diversitat funcional o no estàndards, quins són els factors que les converteixen en persones molt més vulnerables que la resta de dones?

- ▶ El fet de ser menys capaces de defensar-se físicament.
- ▶ Major dependència de l'assistència i la cura dels altres.
- ▶ Por a denunciar l'abús per la possibilitat de la pèrdua dels vincles i la provisió de cures.
- ▶ Una baixa autoestima i menyspreu de la pròpia imatge com a dona.
- ▶ Menor credibilitat a l'hora de denunciar fets d'aquest tipus davant d'alguns estaments socials.
- ▶ Més dificultats per expressar els maltractaments a causa de problemes de comunicació.
- ▶ L'enfrontament entre els papers tradicionals assignats a la condició de dona i la negació d'aquests mateixos en la dona amb discapacitat.

Segons un informe del Parlament Europeu, el 80% de les dones amb discapacitat ha estat víctima de violència (dades del 2004) i té un risc quatre vegades més gran de patir violència sexual.

Pel que fa a la pràctica sanitària, ens han de respectar el nostre cos anormàtic. Cal acceptar que hi ha casos diversos i que per més que intentin posar-los dins la normativitat no ho aconseguiran i produiran molt de dolor i violència. El que cal fer és respectar els nostres cossos tal com són, atendre'ns amb qualitat i donar suport a les capacitats residuals.

Aquest temps de pandèmia de Covid-19 ha estat terrible. Moltes persones amb discapacitat han mort sense assistència. Actualment s'està aplicant l'escala Rockwood, que ja es feia servir durant la Segona Guerra Mundial i que encara ara s'utilitza per fer un triatge de qui atendre prioritàriament en cas que els mitjans sanitaris no siguin suficients: el protocol estableix que les persones majors de 75 anys i amb menys grau d'autonomia física no són prioritàries a l'hora de rebre atenció. Durant la pandèmia s'ha aplicat aquest protocol, de manera que les víctimes han estat sobretot les persones grans i les persones amb discapacitat. Cal destacar que de la gent gran se n'ha parlat als mitjans de comunicació, però de les persones amb discapacitat no se n'ha parlat gens.

D'altra banda, avui estem una mica contentes perquè hem rebut la notícia que s'ha abolit l'article 156 del Codi penal espanyol que permetia esterilitzar forçadament les dones amb discapacitat. En aquesta última dècada s'han esterilitzat a l'Estat espanyol més de mil dones amb discapacitat. Ara caldrà, però, canviar costums, i haurem de controlar-ho, perquè és una pràctica molt estesa i necessitem mesures per abolir-la.

S'han de millorar els serveis tant pel que fa a qüestions arquitectòniques com de comunicació, i els estris i mètodes mèdics han de ser accessibles. Una bona línia política a implementar seria que tot el que es compri nou des del Departament de Salut sigui accessible, i així es contribuiria a construir un món accessible sense despesa complementària. I evidentment, també s'han de comprar bàscules accessibles perquè tothom les pugui utilitzar. En aquest sentit, he de dir que l'Associació de Dones No Estàndards està molt contenta últimament perquè el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya ha comprat quaranta-vuit mamògrafs accessibles i els ha distribuït pel territori català, i això vol dir que arreu les dones amb discapacitat o sense podran fer-se mamografies.

Hem de continuar col·laborant totes plegades per aconseguir una societat i una cultura lliures de violència, i en això les dones que m'han precedit en aquesta taula i les que després intervindran us poden ajudar molt i de ben segur que avançarem totes plegades.

Gràcies per l'organització d'aquest IV Congrés per a l'Erradicació de les Violències Masclistes des dels Serveis Socials i Sanitaris. Gràcies per haver-nos convidat i gràcies també a totes les que ens esteu escoltant i participant en el debat. Per mi ha estat un goig ser aquí entre totes vosaltres. Fins sempre.

Metzineres. Aixoplucs en estat d'alarma per a dones que usen drogues en situació sense llar



Aura Roig Forteza

_ Directora de Metzineres

Metzineres. Entorns d'Aixopluc per a Dones que Usen Drogues Sobrevivint a Violències

la formem unes 250 dones i persones de gènere no binari.¹⁶ Sense fer un llistat exhaustiu i excloent, les companyes viuen situacions de sensellarisme, diversitat funcional, experiència migratòria, LGTBIQ+, sexe transaccional i/o per supervivència, empresonament, malestars de salut física i/o mental, pèrdua de custòdia. Un seguit de factors que interseccionen de manera particular en cada una.

La pandèmia i les mesures per frenar-ne l'expansió han agreujat les múltiples situacions de vulnerabilitat a les quals s'enfronten en el dia a dia. El confinament, així com les propostes econòmiques, socials i sanitàries que s'han implementat, no serveixen en realitats complexes i heterogènies com les que elles afronten. Invisibles en les dades i no reconegudes com a interlocutores vàlides, les seves experiències encara estan absents en el disseny, la implementació, el monitoratge i l'avaluació de la major part de polítiques i pràctiques que condicionen la seva existència.

Els ingressos de la majoria d'elles estan vinculats a economies submergides i informals, sense garanties laborals: exerceixen treball sexual, són venedores ambulants, recicladores, pido-laïres. Sense dret ni a baixa ni a atur. Les que estan en situació administrativa irregular tampoc tenen accés a la renda garantida. Moltes no disposen de xarxes de suport o vincles familiars que puguin contribuir a la seva supervivència, un 60% venen d'entorns familiars desestructurats. Sense feina, família, ni estalvis, la seva precarietat i inseguretat és extrema i s'agreuja amb el tancament o la reducció d'activitat dels serveis dels quals són usuàries habituals: menjadors socials, espais de calor i cafè, centres cívics.

Més del 70% tenen problemes relacionats amb l'ús de drogues. Després que es decretés l'estat d'alarma, van veure minvar la qualitat de les substàncies adquirides al mercat il·legal, cada cop de més difícil accés: menys punts de venda, preus duplicats i més adulteració. Amb això empitjoren els efectes indesitjats i les síndromes d'abstinència i augmenten les possibilitats de patir sobredosi. Les persones consumidores de substàncies per via fumada i les que pateixen malalties cròniques o tenen el sistema immune deprimat corren més risc de patir complicacions greus si contreen el coronavirus.

¹⁶ Al llarg de tot l'article s'utilitza el terme *dones* per fer referència a dones cis, dones trans i persones de gènere no binari.

Per a algunes, els serveis de reducció de danys i les sales de consum supervisat no són una alternativa. Es tracta de recursos especialment masculinitzats, on les dones i persones de gènere no binari no veuen garantida la seva seguretat i on les seves necessitats específiques no són tingudes en compte. Són moltes les que adquireixen i consumeixen les substàncies en els pisos de consum, també coneguts amb el malnom de «narcopisos», sense condicions higièniques i on l'abús, la violència i les agressions sexuals són habituals. Amb el confinament i amb més presència policial als carrers, el temps d'estada en aquests pisos ha augmentat, i algunes fins i tot hi pernocten, situacions que incrementen els riscos als quals s'exposen. Amb menys gent al carrer, creix l'assenyalament i la criminalització: l'assetjament policial, les multes desproporcionades, les restriccions en l'ús de l'espai urbà i l'empresonament són el seu pa de cada dia.

Tot i que s'ha flexibilitzat i facilitat l'entrada als programes de manteniment amb metadona, la majoria o bé són usuàries d'altres substàncies o bé són policonsumidores, i no disposen d'alternatives de tractament. Malgrat que alguns psicofàrmacs poden reduir el malestar, la manca de cites mèdiques impedeix poder abordar-ho amb la metgessa de confiança. Alhora, s'han aturat els ingressos als centres de desintoxicació i tractament no ambulatori.

Totes les membres de Metzineres han sobreviscut i/o sobreviuen a violències. Durant la infantesa, un 50% va patir agressions físiques i un 35% agressions sexuals. Durant l'edat adulta, un 90% ha sobreviscut o sobreviu a violència per part de la parella, un 36% a violència per part d'entorns propers i un 51% per part de persones desconegudes. Tot i així, pel fet d'usar drogues o d'estar en situació sense llar, són excloses dels recursos d'acollida de la xarxa d'atenció i seguiment a les dones en situació de violència masclista, i se les deriva als serveis d'emergència social, que no tenen recursos per atendre les situacions de violència. L'atenció per part del sistema d'atenció social i sanitari no resta lliure d'estigma i discriminació, de manera que són molt poques les que hi confien i s'hi adhereixen. L'atenció telemàtica no és una opció per a elles, ja que tenen un accés molt limitat al telèfon i a internet.

Per al 45% que viu amb trastorns de salut mental, la reclusió i l'estat d'alarma han augmentat la inseguretat, la soledat, l'ansietat i les idees paranoïdes. Sense accés a serveis regulars d'atenció i acompanyament s'agregen l'aïllament i el malestar i es fa perillar l'adherència al

tractament. Per a les que viuen amb VIH, hepatitis i/o altres malalties de transmissió sexual també perilla l'accés i l'adherència als tractaments, i per tant s'incrementen les possibilitats de transmissió.

El 68% no tenen una llar segura, moltes més no tenen un habitatge estable, i el 43% viuen al carrer. Els pocs espais de refugi en què confien en alguns casos han tancat les portes o bé han reduït els serveis. Si bé és cert que s'han posat en marxa algunes propostes d'acollida i acompanyament, no sempre han estat adequades a les seves necessitats. Les alternatives que s'han ofert són fora dels seus barris, cosa que les allunya dels seus entorns de referència i xarxes de suport. No s'hi pot entrar amb mascotes i en la major part dels casos tampoc amb les parelles homes. El consum de drogues continua sent una de les principals barreres per accedir a recursos d'acompanyament i atenció, així com una de les principals causes d'expulsió dels recursos d'acolliment. En aquest sentit, es tracta de propostes d'acollida altament restrictives, que no incorporen la perspectiva de gènere i/o estratègies de reducció de danys.

A Barcelona, arran del confinament, i responent a una demanda històrica per part de col·lectius de persones que usen drogues i entitats de la ciutat impulsores de la reducció de danys, des de l'Ajuntament, a través de l'Agència de Salut Pública de Barcelona, i operat per l'Associació Benestar i Desenvolupament (ABD), es posa en marxa l'alberg de reducció de danys, obert per a persones que usen drogues. Ofereix acompanyament social i sanitari 24 hores, nutrició, descans, higiene, espais de consum supervisats, i accés i facilitats per a l'adhesió a tractaments que donen estabilitat i seguretat, serveis que tenen un impacte molt positiu en el benestar de les persones residents. Tot i demostrar esplèndids resultats, encara són moltes les persones que es queden fora, o per falta de places, o bé per discordances amb la normativa o dificultats amb la convivència, entre d'altres raons.

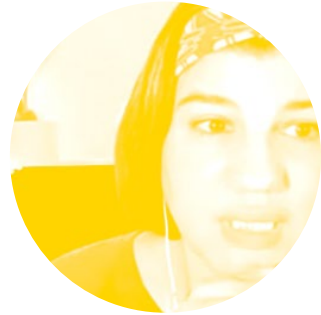
Amb tot això, es fa palesa la importància de comptar amb les comunitats afectades en el disseny, implementació, monitoratge i avaluació de totes les iniciatives que, de manera directa o indirecta, poden condicionar els seus recorreguts vitals. La seva expertesa és fonamental de cara a desplegar mesures adequades, accessibles i cost-efectives que redueixen els seus malestars.

Des que es va declarar l'estat d'alarma, Metzineres no ha deixat d'obrir les seves portes i ha ampliat les hores d'atenció també durant els caps de setmana. Paral·lelament, i partint del testimoni i experiències de les seves membres, ha elaborat materials informatius adreçats a les dones consumidores sobre com minimitzar les possibilitats de contagi de la Covid-19. També ha publicat *Dones i persones de gènere dissident que usem drogues sobrevivint a violències en estat d'alarma. Recomanacions per a l'acollida durant el confinament i més enllà...*,¹⁷ per tal d'alinear els recursos d'acollida amb una perspectiva basada en el feminisme interseccional, els drets humans i la reducció de danys. Val a dir que això no hauria sigut possible sense les iniciatives comunitàries, solidàries, d'autogestió i suport mutu impulsades per xarxes veïnals del Raval, persones i col·lectius que ens han acompanyat i ens han brindat tanta generositat en aquests moments de crisi.

_ Conclusions

Amb el que s'ha esmentat fins ara, és obvi que el problema principal de les companyes no solen ser les drogues, sinó les polítiques i pràctiques que posen al centre el consum i no les persones, amb tota la seva heterogeneïtat i complexitat. La millora de la salut física, emocional i mental no sempre comença o passa necessàriament per abandonar el consum. Tant si usen drogues com si no, pateixen una vulneració sistemàtica dels seus drets, i una precarietat i una inseguretat accentuades en aquests temps d'incertesa. Augmenten les violències directes per part de les seves parelles, dels seus entorns de confiança i de persones desconegudes, a més de les violències institucionals i estructurals, incloent exclusió social, precarietat econòmica, discriminació, estigmatització, criminalització, aïllament, i tot això travessat pel masclisme, el racisme i el capacitisme. Per tal de millorar el seu benestar, cal garantir drets fonamentals com l'habitatge, l'accés a la salut, al treball, el dret a la integritat, a la intimitat, a la vida. Drets que no poden subordinar-se a l'abandonament de l'ús de drogues.

Violències masclistes i impacte de la crisi en la salut de les dones grans



Neus Pociello Cayuela

_ Directora de la Fundació Aroa

Tot i que les persones grans representen gairebé una quarta part de la població de Catalunya, i que hi ha més d'un milió de dones de més de 60 anys (representen entre el 53% i el 77% d'aquest grup de població),¹⁸ encara hi ha una gran invisibilitat de les violències masclistes contra les dones de més edat, degut a la manca d'incorporació de la perspectiva de gènere en l'àmbit de la gerontologia i a l'absència de perspectiva interseccional en el marc general de les violències masclistes i el seu abordatge. Aquests buits comporten una homogeneïtzació sistèmica de la diversitat de situacions i experiències de les dones, de manera que s'unifica sota un mateix grup les dones d'entre 60 i 100 anys o més, i es genera una mirada reduccionista de la realitat, un gran desconeixement de l'impacte de gènere en la vellesa de les dones, de les especificitats de les formes i àmbits de les violències masclistes en aquesta etapa de la vida, i una disminució de la capacitat de donar-hi una resposta adequada, que parteixi d'un coneixement i comprensió profunds de les causes i conseqüències diferencials, necessaris també per reduir-ne la invisibilitat, la normalització social i l'abast.

Moltes vegades es pretenen justificar certes situacions que viuen les dones grans pel fet que tenen més esperança de vida, però també és un fet que viuen amb menys salut i menys qualitat de vida, és a dir, tenen una pitjor experiència de longevitat en comparació amb els homes, i la causa no és altra que la doble combinació de desigualtats i discriminacions que pateixen per raó de gènere i d'edat, que són determinants, tal com mostren clarament les dades. Tres exemples: la taxa de risc de pobresa és del 15,5% en les dones de més de 65 anys, mentre que en els homes del mateix grup d'edat és del 8%;¹⁹ les pensions que cobren les dones són un 34% inferiors a les dels homes;²⁰ la soledat no volguda afecta el 40,4% de les dones d'aquesta edat respecte al 15,1% dels homes.²¹

18 IDESCAT: Estimacions de població a Catalunya a 1 de gener de 2020. Disponible a: <https://idescat.cat/pub/?id=ep>.

19 IDESCAT: Estimacions de població a Catalunya i risc de pobresa a 1 de gener de 2020. Disponible a: <https://idescat.cat/pub/?id=ep>.

20 Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya (2018) *El sistema de pensions a Espanya: Les febleses d'un model que urgeix una solució duradora*. Disponible a: <https://xarxanet.org/biblioteca/el-sistema-de-pensions-espanya-les-febleses-dun-model-que-urgeix-una-solucio-duradora>.

21 Observatori Quotidiana: Llars unipersonals de 65 o més anys segons sexe. Catalunya 2019. Infografia elaborada a partir de l'Encuesta Continua de Hogares (ECH) de l'INE. Disponible a: <http://quotidiana.coop/solitud-lenvelliment-rostre-dona/>.

Les dones grans reben l'impacte de dues de les causes de discriminació estructural i sistèmica més esteses al món: l'edatisme²² i el masclisme. A més, la seva història vital està marcada pels efectes acumulatius de la discriminació i les desigualtats de gènere al llarg de les seves vides; així, en el seu present no només pateixen les conseqüències profundes de l'opressió i les violències viscudes de manera continuada, sinó també altres formes de violència a les quals estan exposades per la nova etapa vital en què es troben.

És imprescindible conceptualitzar les violències masclistes contra les dones grans des d'una anàlisi interseccional.²³ Cal incorporar l'enfocament del cicle vital per poder reconèixer la diversitat de les dones grans; per facilitar la identificació de les violències masclistes en aquesta etapa vital; per explorar i incorporar formes i àmbits de violència que encara no han estat dits pel seu nom; per assenyalar i transformar els rols i les expectatives socials que encara hi ha sobre les dones de més edat, i que sovint fan que quan pateixen violències, hi hagi menor rebuig social que quan les mateixes violències es produeixen en dones més joves, davant de les quals hi ha una reacció més àmplia de tolerància zero.

La combinació de l'edatisme i el masclisme contribueix al fet que les dones grans en situació de violència masclista sentin que el seu problema és invisible, ignorat, incompès i, en algunes ocasions, fins i tot viuen una major manca de credibilitat.²⁴ Això també està vinculat al mandat edatista, que dicta que en determinades edats més avançades les situacions de desigualtat o violència tenen una baixa probabilitat de resoldre's o, si més no, que l'efecte transformador que es pot obtenir arran d'una intervenció és molt baix degut a l'edat de les dones, i que per tant no és necessari o prioritari invertir-hi recursos personals o socials.

Malgrat que es desconeix l'abast de les violències masclistes contra les dones de més edat, segons les dades disponibles la prevalença en les dones majors de 65 anys és d'un 12,5% a Catalunya²⁵ i a Europa d'un 28%.²⁶ Les dades de la macroenquesta estatal sobre violència

22 Edatisme (Butler). Definició disponible a: <https://ca.wikipedia.org/wiki/Edatisme>.

23 Interseccionalitat (Crenshaw). Definició disponible a: <https://ca.wikipedia.org/wiki/Interseccionalitat>.

24 Weeks i LeBlanc, citat a Casado Verdejo i Bárcena Calvo (2014).

25 Observatori de la Igualtat de Gènere (2019) *Violències masclistes 2019*. Disponible a: https://dones.gencat.cat/web/.content/03_ambits/violencia_masclista/estadistiques/Dossier_estadistic_VM_octubre_2019.pdf.

26 AVOW European Project (2011) *Prevalence Study of Abuse and Violence against Older Women*. Disponible a: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/16541/1/avow%20study%20-%20final%20report.pdf>.

contra les dones del 2019²⁷ indiquen que el 6,1% de les dones de més de 60 anys han patit violència física i sexual, el 17,9% violència psicològica i el 9,9% violència econòmica. Segons les dades oficials, el 13% de les dones assassinades en el marc de la parella o exparella són majors de 65 anys, mentre que en l'àmbit familiar representen el 76% dels feminicidis.²⁸

Es compta amb molt poca recerca desenvolupada des d'una òptica interseccional. La que està disponible és d'abast molt reduït o realitzada amb dones que ja han demanat suport, com l'estudi publicat²⁹ el 2019 per la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género a partir d'una enquesta realitzada a 242 dones ateses al servei telefònic d'atenció i protecció per a víctimes de la violència masclista (ATENPRO), que assenyalava que el 40% de les dones de més de 65 anys participants en l'estudi han sofert violència en l'àmbit de la parella durant més de 40 anys, el 27% de 20 a 30 anys i el 12% de 50 a 58 anys, i que el 56% han patit relacions sexuals no consentides i un 30% han estat obligades a realitzar pràctiques sexuals denigrants o humiliants.

Aquestes dades contrasten amb les disponibles pel que fa al maltractament de la gent gran, com les de l'edició especial sobre les persones grans de l'Enquesta de seguretat pública de Catalunya publicada l'any 2015,³⁰ que mostra dades específiques del maltractament cap a persones de més de 65 anys a Catalunya. Tot i que no incorpora la perspectiva de gènere i que la major part de dades no estan desagregades per sexe ni interpretades des d'aquesta perspectiva, l'enquesta revelava que el 58,1% de les persones grans que han estat víctimes d'accions abusives freqüents són dones i que el 70,3% de les persones agressores són homes.

27 Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (2019) *Macroencuesta de violencia contra la mujer 2019*. Disponible a: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/Macroencuesta2019/home.htm>.

28 Feminicidio.net, sección «Informes y cifras». Disponible a: <https://feminicidio.net/category/informes-y-cifras/>.

29 Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (2019) *Mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género*. Disponible a: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/laDelegacionInforma/2019/pdfs/DGV-GInformaEstudiomayores65.pdf>.

30 Departament d'Interior (2015) *Enquesta de seguretat pública de Catalunya 2014. Edició especial sobre les persones grans*. Disponible a: https://interior.gencat.cat/ca/arees_dactuacio/seguretat/seguretat_per_a_la_gent_gran/ESPC-persones-grans/index.html.

Amb tot, és evident que no es poden extreure afirmacions concloents, a causa de la invisibilitat existent pels factors ja descrits, la manca d'adaptació dels canals d'accés als serveis, el buit en el registre de dades i l'absència de recerca interseccional, que fan impossible conèixer l'amplitud de la violència contra les dones grans, però que s'intueix, no obstant, molt per sobre del que indiquen les dades disponibles.

El que sí que sabem és que la violència contra les dones de més edat és generalitzada i que s'emmarca en les mateixes tipologies i àmbits inclosos en el marc general de les violències masclistes, si bé hi ha certes tipologies més freqüents, com la violència psicològica, la violència econòmica, la violència sexual, així com altres formes de violència que encara no han estat incloses en l'espectre de les violències masclistes, ja que s'han definit sense una mirada transversal al cicle vital. Aquestes violències no reconegudes com a masclistes es posen de manifest si tenim en compte la intersecció gènere-edat i, molt especialment, el moment en què comença a haver-hi necessitat de més suport social i personal. Trobar-se en una situació de disminució de l'autonomia i de dependència, amb menys o més grau, de persones cuidadores formals o informals, exposa les dones grans a possibles violències específiques com són la negligència, l'abandonament, l'explotació financera i la vulneració de drets humans entesa com la pèrdua del dret a la llibertat, a la dignitat, a la intimitat o a les pertinences, que es tradueix, per exemple, en la negació del dret a decidir sobre aspectes de la seva vida privada, l'ingrés forçat en una residència o institució, o desallotjar-la del seu domicili, entre molts altres fets violents que ens indiquen el pes que poden arribar a tenir les violències masclistes en l'àmbit familiar i/o institucional.

Els factors de salut física, mental i social també són determinants en l'anàlisi de la violència masclista contra les dones grans, perquè el seu estat de salut pot constituir un factor de risc de patir violència masclista, com és el cas de les dones que són dependents, sense mobilitat física, amb discapacitat o amb trastorns de salut mental. A més, els problemes de salut també poden dificultar l'accés de les dones als serveis que puguin detectar la violència, intervenir-hi i acompanyar en la recuperació. Dins l'àmbit de la salut, un altre dels aspectes clau a tenir en compte és la discapacitat com a eix que sovint configura discriminacions implícites i explícites, especialment a partir d'una edat més avançada, quan s'inicia un deteriorament de les capacitats cognitives i físiques (de mitjana a partir dels 75 anys aproximadament). En el

cas de Catalunya, el 19,5% de les dones de més de 65 anys tenen algun tipus de discapacitat legalment reconeguda.³¹

Si ens centrem en l'impacte de la crisi generada per la pandèmia de la Covid-19, les dones de més edat en situació de violència masclista, de la mateixa manera que les més joves, es van veure confinades amb els seus agressors, per tant el seu aïllament i exposició a la violència van augmentar exponencialment, situació agreujada també pel fet que el privilegi de l'espai públic va ser dels homes, és a dir, que hi va haver un canvi de dinàmiques arran de les restriccions i els homes van ser els que majoritàriament sortien al carrer per a l'abastiment de necessitats bàsiques. A més, les dones grans, com a població de risc, van rebre contínuament el missatge, a través dels mitjans de comunicació, del risc que corrien sortint al carrer. Per tant, malgrat l'evident necessitat de protecció de la salut de la població de més edat, les dones grans en situació de violència masclista es van trobar entre dues amenaces: l'exposició a la violència masclista a l'espai domèstic i l'exposició al coronavirus a l'espai públic. Això va generar estats d'angoixa molt elevats, un agreujament de l'estrès psicoemocional i un deteriorament de l'estat de salut física i mental i de les patologies prèvies.

Cal destacar que aquesta situació segueix en gran part vigent per a les dones de més de 60 anys, ja que com a població de risc continuen pràcticament confinades o en entorns sobresaturats per l'emergència, amb baix accés a suport i molt més aïllades, mentre la població més jove ja compta amb moltes menys restriccions. El manteniment de les restriccions per a les persones grans en fases de desescalada posteriors, tot i que sigui important per a la protecció de la seva salut, posa en perill les dones grans en situació de violència masclista, que continuen exposades a un alt risc en l'àmbit domèstic o institucionalitzat i que encara ara es troben amb un accés molt limitat a la poca xarxa de suport relacional o social que tenien, ja sigui per les restriccions en les visites als centres residencials o pel tancament dels casals i altres equipaments cívics, que es van reobrir durant una setmana però que porten nou mesos pràcticament tancats, i que representen un dels principals espais on més es poden promoure accions de sensibilització, prevenció i detecció de les violències masclistes. I és que les dones de més edat, per la normalització social descrita i la cultura generacional vinculada al context històric en què han crescut, han de saltar grans barreres, personals i socials, per

31 Observatori de la Igualtat de Gènere (2020) *Les dones a Catalunya 2020. Dossier estadístic*. Disponible a: https://dones.gencat.cat/web/contenut/03_ambits/Observatori/03_dossiers_estadistics/DOSSIER_8M_2020.pdf.

arribar a autoidentificar les violències masclistes i comunicar una situació de violència masclista als serveis socials, sanitaris o especialitzats o demanar complicitat i suport a les persones del seu entorn familiar o afectiu.

Les dones, tinguin l'edat que tinguin, tenen dret a una vida lliure de violències masclistes, però veiem com encara avui són vigents i es perpetuen els rols i els estereotips sobre les dones grans, pel fet de ser dones i tenir una determinada edat, de manera que es veuen reduïts els seus drets i oportunitats de viure una vida plena i lliure. Per canviar aquesta realitat hem de començar canviant la nostra mirada envers la longevitat, desconstruint les nostres pròpies creences i actituds, per transformar les accions d'abordatge de les violències masclistes des d'aquesta nova dimensió interseccional que ens permetrà construir una societat lliure de violències masclistes al llarg de tot el cicle vital.

_ Bibliografia

Casado Verdejo, I. i Bárcena Calvo, C. (2014) «*Analysis of violence against elderly woman*», a *Procedia*, vol. 161, p. 110-114. Disponible a: <https://sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042814061114>.

Taula 4

--	--	--	--	--

RESPOSTES FEMINISTES DAVANT LA CRISI SANITÀRIA, ECOLÒGICA, SOCIAL I ECONÒMICA: RESISTÈNCIES I EMPODERAMENT COL·LECTIU



Davant la situació actual calen accions col·lectives de transformació profunda i de ruptura amb un model que s'ha demostrat fallit. Més enllà de les respostes immediates a la crisi, el Congrés es va tancar amb una reflexió entorn de les causes estructurals que ens han portat a aquesta situació i les resistències necessàries. Vam parlar d'ecofeminisme, d'antiracisme, de la cura de les persones, així com de la defensa de la sanitat pública i de les seves professionals. Les lluites per la defensa de la vida han de ser de totes i per a totes.

_Beatriz Cantero Riveros

_Aurea Ayón Ruiz Velazco i Alesandra Tatić

_Irene Ripoll Murcia i Clara Puértolas Pérez

_Blanca Bayas Fernández

Les violències masclistes i racistes en el context de dones migrades



Beatriz Cantero Riveros

_ Mujeres Pa'lante



Aquest escrit³² és una invitació a la reflexió per a les persones de l'àmbit sociosanitari pel que fa a les nostres pràctiques professionals, que han de ser interrogades en relació amb les «altres» persones. És freqüent aplicar criteris uniformes que no tenen en compte la diversitat de realitats existents en el col·lectiu de dones migrades, ja que les intervencions es refereixen generalment al tipus de dona blanca d'origen local. Les migracions han anat en augment a escala mundial, i a Catalunya les dones d'origen estranger arriben a 563.586 (Idescat, 2019). Les dones migrades poden venir soles o en parella, haver fugit del maltractament o la precarietat del país d'origen, poden ser demandants d'asil o de refugi, haver migrat per raons econòmiques, religioses o múltiples altres raons que no s'haurien de donar per descomptades. Es pot pensar de la mateixa manera el col·lectiu de persones sexe-gènere dissidents que ha viscut processos migratoris. Per això, la primera idea és la necessitat de no homogeneïtzar la situació de les dones migrades.

Partim d'una noció de salut que, tal com assenyala la Red de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe,³³ abasta de forma holística aspectes de l'àmbit biològic, social, econòmic, polític, cultural i ambiental.

Tot sovint no som conscients d'alguns dels nostres biaixos. Són els que es refereixen a l'existència d'un error sistemàtic, per contraposició a l'error aleatori, que deriva en resultats equivocats, com planteja María Teresa Ruiz Cantero (2009): «Hi ha biaixos de gènere en salut que es defineixen com la diferència en el tractament d'homes i dones amb un mateix diagnòstic clínic, amb conseqüències positives, negatives o neutres per a la seva salut». Es poden produir en igualar erròniament homes i dones pel que fa al comportament de la malaltia (signes i símptomes) i el seu pronòstic, quan de fet no es comporten de la mateixa manera en ambdós sexes. Una altra possibilitat és valorar erròniament com a diferents homes i dones pel que fa al comportament de la malaltia quan en realitat no són tan diferents. Una anàlisi feta des de la perspectiva de gènere evidencia les inequitats per raó de sexe; tot i així, cal ampliar la mirada i les categories d'anàlisi. Les persones estem situades de manera desigual en la

32 Aquestes reflexions s'han generat en equip, en el disseny d'un curs de prevenció de violències, amb María José González i Marcela Mezzatesta.

33 La Red de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe es constitueix a Espanya com un moviment polític que parteix d'una presa de consciència crítica sobre la condició de les dones migrants i que posa en evidència les violències de què són objecte, en totes les seves formes. Veieu: <http://redlatinas.blogspot.com/p/documentos.html>.

societat en què vivim, i això passa perquè ens travessen marques productores de desigualtat/inequitat: el sexe-gènere, la sexualitat, l'estatus migratori, les procedències ètniques, l'edat, la discapacitat, l'accés/nivell d'educació formal i la situació econòmica, entre d'altres. La mirada interseccional requereix tenir en compte com operen cadascuna d'aquestes categories en les maneres d'emmalaltir, sanar, prevenir o accedir a la salut, en particular en contextos de violència de gènere (VG).

Així mateix, és important considerar el biaix colonial (la supremacia de la visió blanca hegemònica) que exclou altres sabers i realitza intervencions exclusivament biomèdiques. Proponem que es facin intervencions psicobiosocials que incorporin la perspectiva feminista i descolonial per contribuir al canvi en les dinàmiques d'exclusió, discriminació, invisibilització i inequitat que pateixen les persones pertanyents a cultures minoritzades o en desavantatge social.

Convidem a qüestionar els estereotips que sorgeixen quan hom creu que els rols de gènere es basen en diferències biològiques en lloc de fer-ho en constructes i pautes d'aprenentatges culturals. Transmeten una versió distorsionada de la realitat i redueixen una realitat complexa a una cosa simple i negativa («Fa, pensa tal cosa perquè és dona/home»). La societat s'estructura segons inequitats de gènere determinades pel patriarcat que són la base de la naturalització de les violències de gènere. Si a aquesta visió hi sumem estereotips racistes, les nostres intervencions seran encara més esbiaixades i poc efectives.

En el cas de dones migrades hauríem de considerar aspectes com l'idioma: comprèn el que li diem? Cal recórrer a mediadores culturals? La figura de la mediadora és fonamental no sols com a traductora, sinó com a agent de salut. Les dones migrades sovint sentim que no se'ns escolta durant una visita mèdica, i tenim dret a rebre la informació en una llengua que puguem entendre.

Un problema de gran importància és l'accés a l'atenció sanitària. La violència institucional exercida per l'Estat i la llei d'estrangeria és tal que criminalitza les persones migrades segons el seu estatus migratori. La repressió policial enforteix l'estigma i els prejudicis al voltant de la immigració, i margina aquells que estan en situació administrativa irregular, amb la possibilitat

de lleva de custòdia de filles i fills, cosa que fa que les dones no es dirigeixin als circuits oficials per sol·licitar ajut.

Les violències racistes tenen un impacte en la salut de les dones, que viuen un estrès afegit a les condicions de precarietat laboral que moltes ja pateixen, per la qual cosa és convenient que les nostres intervencions s'ocupin de la salut en un sentit ampli, tot parant atenció a les xarxes de suport.

Les dones migrants es troben sobrerrepresentades en les xifres de VG, fet que reforça l'estereotip que els homes estrangers són més violents que els nacionals. Malgrat això, la majoria d'assassinats per VG són comesos per espanyols, fins i tot quan la víctima és estrangera. Hi ha nombrosos casos de violència en parelles mixtes en què es barregen violències masclistes i racistes.

Com a resposta a les violències que viuen les dones migrants s'han generat espais de resistència i suport mutu. Tal com assenyalen Caroline Betemps i Lucía Egaña, «en els últims anys hi ha hagut una incipient creació d'espais antiracistes i anticolonials en el context espanyol. Aquests espais sorgeixen principalment perquè no podem continuar sense explicar les nostres històries, de la mateixa manera que no podem seguir participant en moviments que les obvien, o les miren de dalt, o les deixen en un segon pla». Mujeres Pa'lante, com tants altres col·lectius a Catalunya, ens organitzem per crear xarxes de suport mutu, de denúncia, de complicitats i de cures.

Per tot això és crucial no oblidar que les dones i les dissidències som titulars de drets, que és important desvictimitzar, reconèixer les vulnerabilitats específiques. S'han de tenir presents els desavantatges administratius i el que poden representar per a les dones. Cal intervenir i treballar en xarxa amb les entitats que actuen en les situacions de VG, així com sensibilitzar-nos, deconstruir els propis mites, prejudicis i estereotips, i formar-nos en temes específics i de salut pública com la VG. Finalment, convidem a ampliar la nostra mirada sobre la realitat en què intervenim.

_ Bibliografía



Betemps Bozzano, C. i Egaña Rojas, L. (eds.) (2019) *Acá soy la que se fue. Relatos sudakas en la europa fortaleza*, Barcelona: Ediciones t.i.c.t.a.c.

Red de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (2016) *El derecho a una vida libre de violencias desde la perspectiva de la red de mujeres latinoamericanas y del Caribe en España*.

Disponible a: <https://drive.google.com/file/d/0Bwp-GKktzQtnWkwtbWY2dXZpZjA/view>.

Red de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (2019) *Documento de análisis en el marco de la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*.

Ruiz Cantero, M. (2009) *Sesgos de género en la atención sanitaria*, Escuela Andaluza de Salud Pública.



Crisis de cures i conciliacions impossibles



Aurea Ayón Ruiz Velazco i Alesandra Tatić

_ Sindicat de treballadores de la llar i de les cures Sindihogar/Sindillar
(info@sindihogar.org) (aureaayon@gmail.com) (alesandratatic@gmail.com)



Des del punt de vista feminista, antiracista i sindical ens sembla important compartir certs punts sobre l'erradicació de la violència masclista en els serveis socials i sanitaris. Per contextualitzar, en la primera part d'aquest text començarem per la història del sindicat de treballadores de la llar i de les cures Sindihogar/Sindillar. Després parlarem del concepte de crisi, ja que com a treballadores de la llar i de les cures (TLC) és crucial entendre el que representa aquest tipus de feina en la nostra societat i com veiem el concepte de crisi com a criticable. La crisi, tan present en els discursos polítics i mediàtics contemporanis, té moltes cares diferents: discutirem els detalls de la crisi de recursos, la crisi migratòria, la crisi de cures i la crisi sanitària. Com que som el sindicat que som, compartirem la nostra experiència en termes de consecució de drets tenint en compte la interseccionalitat de la crisi de cures amb el confinament i la conciliació familiar. A la segona part donarem exemples que surten de la pràctica de la comunicació, dels seus reptes i èxits durant la pandèmia de la Covid-19 i el seu impacte sobre la nostra comunitat a Sindillar. També abordarem el paper de l'economia feminista en la nostra manera d'autogestionar-nos, i el de la resistència a la crisi en què vivim.

Sindillar és el primer sindicat independent de treballadores de la llar i les cures a tot el territori espanyol. Som una organització de caràcter jurídic sindical independent que neix a Barcelona l'any 2011, sense ànim de lucre. El sindicat es crea de manera independent, ja que nosaltres no formem part de cap sindicat majoritari, perquè ens apropiem de la nostra capacitat d'agència, d'autorepresentar-nos i autoanomenar-nos. Som persones migrades amb veu, parlem des de les nostres vivències, denunciem les injustícies que vivim i expressem les nostres necessitats. Som un sindicat feminista, antiracista i descolonial, i treballem de manera horitzontal i assembleària. El sindicat sorgeix per i per a la unió de dones i la seva necessitat de fomentar i promoure espais reals de participació política, social i cultural «per fer visibles, defensar, reivindicar i col·locar en el centre les cures que brindem», base fonamental del sistema capitalista actual.

Les feines de la llar i de les cures és una ocupació que infeliçment sovint acaba tocant de fer a les dones migrades. I no és que sigui l'únic nínxol dins del mercat laboral on podem treballar. El que passa és que els sistemes racistes i postcolonials, per una banda, ens impedeixen de treballar de manera regular durant almenys els tres primers anys, ja que per fer-ho la llei d'estrangeria ens obliga a demostrar tres anys de vida prèvia i empadronament a l'Estat

espanyol; i d'altra banda perquè les convalidacions dels nostres títols en el millor dels casos triguen dos anys a fer-se efectives. Aquestes situacions provoquen que se'ns exclogui del mercat de treball regularitzat i ens empenyen cap a l'economia submergida. A Sindillar treballlem per difondre la idea sobre la nostra realitat en tota la seva diversitat de perfils: situacions personals, contextos geopolítics, trajectòries i històries migratòries, formacions de tipus diversos i quantitats de capital.

Així mateix, hi ha una gran diversitat de tipus i formes de feines de la llar i de les cures. Els tipus de feines que hem ocupat i ocupen les nostres companyes són: la neteja, la cuina i les cures de persones en situació de dependència (persones grans o nenes). La feina de cures implica el suport emocional, psicosocial, mèdic i corporal. D'altra banda, aquesta feina es desenvolupa de maneres diferents: interna (la treballadora viu en el lloc de la feina), feina per hores (es contracta per hores i generalment té diverses cases per aconseguir un sou més o menys raonable) o feina en empreses (implica la subcontractació per part d'empreses, cases o entitats que externalitzen el servei de cures o neteja). Com sempre, cada situació individual depèn no sols dels tipus i formes de feina que ocupa, sinó també del seu estatus jurídic, amb o sense residència o contracte regularitzats.

No ha estat fàcil enfrontar-se a la pandèmia de la Covid-19 sense l'espai segur creat a Sindillar. Per aquesta i moltes altres raons ens sembla necessari criticar el concepte mateix de crisi, per poder contextualitzar la nostra situació precaritzada. Tenint en compte el «concepte occidental», la crisi apareix principalment per descriure un estat d'ànim oposat a l'imaginari d'una societat civilitzada que treballa pel desenvolupament econòmic i recolza en l'estat del benestar. Entre els diferents tipus de crisi, n'esmentarem quatre:

► Crisi de recursos

► Crisi de cures

► Crisi migratòria

► Crisi sanitària

La tensió social creada pels discursos sobre les múltiples crisis que vivim és l'origen d'aquest malestar comunitari. La crisi ressalta els límits estructurals del sistema de protecció laboral i social, abans imaginat a Occident com a sòlid i infal·lible.

La mala gestió i la distribució injusta de recursos econòmics i culturals empitjora la segregació social. Des d'Occident s'espolien els recursos naturals en diferents països d'Amèrica Llatina, Àfrica i Àsia, fet que provoca migracions tant internes com externes. Així mateix s'omet el procés d'empatia entre éssers humans i es produeix una societat sense sensibilització entre persones que ja han estat explotades i les que estan sent explotades en el present. Como deia Paulo Freire, el somni de cada persona oprimida és convertir-se en opressora (Freire, 2006).

La crisi de cures prové de dues bandes: de la demanda i de l'oferta d'aquest tipus de feina en el mercat espanyol. La imatge demogràfica del país indica que quasi el 20% de la població té més de 65 anys (INE, 2020). Es tracta de 9,2 milions de persones grans que creen una necessitat de cures que no pot ser atesa per persones autòctones. Per un costat, pel fet que no hi ha una renovació suficient de la població (la mitjana de naixements a Espanya és 1,3 criatures per dona, però sabem que es necessiten més de 2,1 criatures per dona per renovar la població). D'altra banda, moltes famílies no contracten persones espanyoles per manca de recursos, perquè són menys vulnerables a l'explotació laboral i tenen més xarxa, i per tant no els cal treballar vint-i-quatre hores al dia com a cuidadores internes per sous de 500 o 700 euros mensuals. Per dir-ho curt: aquestes persones grans no podrien ser cuidades per una professional sense la possibilitat de l'explotació de dones migrades.

Històricament, aquesta situació de condicions laborals deplorables no l'han sofert exclusivament persones no espanyoles. Va passar el mateix després de les migracions internes des d'Andalusia i Extremadura els anys setanta del segle passat (Centro de Estudios Andaluces, 2010). Es tracta d'un exemple històric que il·lustra el somni de l'opressor de Paulo Freire, ja que demostra que persones que van patir el racisme i el classisme després van reproduir-los. Així mateix, l'exemple triat demostra que la problemàtica de la crisi de cures és una crisi migratòria.

Durant el que anomenem crisi sanitària, la vulnerabilitat de moltes comunitats no s'ha revelat per se, sinó que s'ha fet visible amb la situació provocada pel virus. Com a dones, i com a cuidadores professionals, històricament i a escala global, mai no hem tingut accés majoritari als recursos socials que impliquen estar estable. Des del punt de vista activista és encara més important desenvolupar la nostra capacitat de resistència a llarg termini.

La crisi sanitària ha provocat la impossibilitat de conciliació familiar. Les investigacions fetes durant la pandèmia demostren que les dones que feien teletreball portaven a terme més feines de la llar i de cures, per la feminització que té aquest tipus de càrrega i pel seu caràcter no remunerat. La feina de les dones sol semblar més flexible, tant si és pels seus horaris més curts com perquè tenen una remuneració més baixa o perquè les seves carreres rarament són prioritàries dins dels sistemes familiars. Aquesta suposada flexibilitat es produeix per la precarietat imposada a les dones quan es tracta de feina remunerada.

La imatge de feina no remunerada feminitzada obstrueix significativament la lluita per unes condicions laborals dignes per a les TLC. La feina amb persones grans ha estat un tema prou present durant la pandèmia. Per no repetir el que és obvi —acomiadaments per decés de clients, necessitats més grans de cures i amb més dedicació amb menys recursos a causa de la recessió econòmica, etc.—, a Sindillar fem visibles les condicions laborals indignes que pateixen la majoria de cuidadores. Aïllament i problemes psicològics i emotius són característiques de qui atén una persona vint-i-quatre hores diàries. Quan també es viu al lloc de feina (cuidadora interna) el risc d'abusos i agressions sexuals és encara més gran. Sorprenentment o no, les famílies dels clients fan broma de les agressions sexuals del *vellet* sense voler entendre que és violència de gènere. Més enllà de la violència, la perspectiva d'una vida millor no existeix per la paralització de la mobilitat social: estar pendent d'algú vint-i-quatre hores al dia resulta en la falta d'oportunitats per fer xarxa i poder canviar la pròpia situació laboral.

El risc d'accidents laborals necessita més atenció mediàtica. Les TLC es troben sovint sense protecció de la Seguretat Social, i si ho denuncien el primer que es fa és sospitar de la persona migrada. Tancar un cas triga anys, perquè els informes mèdics són interminables, i mentre tant la persona ferida no pot accedir ni a la baixa ni a l'assistència mèdica, ni pot treballar. La pandèmia de la Covid-19 ha afegit a tot això la necessitat del material de protecció, que tot sovint s'ha de pagar la treballadora, i la por encara més present d'acabar al carrer.

D'altra banda hi ha formes de resistència als sistemes i situacions d'opressió de dones TLC. A Sindillar invertim molt en el desenvolupament de l'economia feminista i l'autogestió. No saltres ho veiem com una necessitat per poder autosostenir-nos i oferir millors condicions de treball i col·laboració dins d'una comunitat feminista descolonial. És un espai que ens permet

desenvolupar-nos sense haver de rendir comptes a cap institució. És important destacar que tenir en compte d'on venen els diners que entren a Sindillar sempre ha estat una prioritat política, ja que la independència econòmica ens dona més possibilitats d'acció. De fet, el sindicat no accepta cap finançament que no compleixi les condicions de la nostra política feminista i antiracista. Preferim dependre de la nostra autogestió que d'institucions verticals. Promovem un sistema econòmic circular i horitzontal. Aquest sistema reconeix el valor i les necessitats dels cossos, prioritzem les cures i la justa remuneració.

Un exemple d'autogestió feminista és el càtering Saberes y sabores, que va ser fundat per Sindillar el 2013 amb l'objectiu de facilitar diferents formes d'emancipació econòmica per a les seves membres. El càtering és un dels projectes que han tingut més èxit fent visible la presència social de dones THC. Cada client, en el seu esdeveniment, donava un espai de discurs a les companyes que havien preparat el menjar i d'aquesta manera les dones parlaven sobre els sabers que van portar de les seves terres i sobre per què cuinar és polític. Tot i així, sempre es tractava de parlar en públic sobre les nostres demandes polítiques, com l'abolició de la llei d'estrangeria, el dret a l'atur o el dret a la baixa mèdica. El càtering no es limita a sensibilitzar el públic no activista: també és una manera de confrontar les conseqüències del sistema postcolonial. Avui l'estem adaptant al mercat de la crisi sanitària. A causa de les restriccions actuals, busquem un relleu en forma de lliurament a domicili, sense perdre l'aspecte formatiu i polític del menjar ni el coneixement dels nostres sabers.

Les nostres activitats lucratives, com el càtering, s'han paralitzat amb la pandèmia. Vam passar a assemblees en línia, però ens va quedar clar que els reptes de l'època de la Covid-19, des del punt de vista pràctic, havien de ser superats per la feina de comunicació. En aquell moment vam haver d'aprendre que la nostra prioritat era fer campanyes de recollida de fons amb pressupost zero. Vam poder fer-ho gràcies a la creativitat de les companyes amb molta experiència activista, perquè sempre cultivem les xarxes humanes. Amb la Covid no podíem ocupar els carrers per dir el que ens molestava. Cadascuna de les sindis, des de casa nostra, vam començar a crear nines de drap amb missatges que normalment cridem a les manifestacions. Així vam obrir la caixa de resistència, tot oferint una nina com a donació. Gràcies a aquesta campanya cap companya va quedar enrere. A partir de l'experiència positiva de la caixa de resistència, vam decidir d'obrir una botiga en línia per seguir amb un concepte similar, aquest cop oferint bosses de roba amb les nostres consignes.

L'autogestió i el control sobre l'origen dels fons que entren al sindicat ens han ensenyat l'art de l'intercanvi. Treballem igualment amb la cooperació de persones externes a Sindillar. En l'economia feminista no tot passa pels diners, perquè també té com a objectiu la satisfacció personal. D'aquesta manera, la productivitat d'una bona xarxa ens allunya de l'assistencialisme. No necessitem dependre d'una partida de diners per poder existir i produir coses. Nosaltres depenem de les xarxes humanes i la seva productivitat, i hi confiem. Això és una de les particularitats de l'autogestió feminista de Sindillar.

Per resumir, les diferents crisis han aportat canvis a la nostra pràctica de resistència i a la nostra capacitat d'adaptació activista. Sindillar representa un espai de *mimopolítica*,³⁴ un espai d'autocura que cultivem per fer front als reptes de la nostra època. L'objectiu de la nostra metodologia de treball és formar-nos políticament a través de l'art, acompanyar-nos emocionalment, nodrir-nos i curar ferides que han estat fetes en comunitat. Busquem continuament generar cohesió interna dins de la nostra tremenda diversitat. Per tal que totes les veus siguin escoltades i reconegudes és essencial buscar eines creatives de resistència i construir un llenguatge comú, que representi la nostra diversitat i validi els nostres sabers. Així construïm una visió del món, un mètode d'acció que va molt més enllà de la nostra condició específica.

_ Bibliografia

Centro de Estudios Andaluces (2010) *La novena provincia, la emigración de andaluces a Cataluña* (AH 28). Disponible a: <https://centrodeestudiosandaluces.es/publicaciones/la-novena-provincia-la-emigracion-de-andaluces-a-cataluna-ah-28>.

Freire, P. (1985) *Pedagogia del oprimido*, Buenos Aires: Siglo Veintiuno.

Instituto Nacional de Estadística (2020) *Índice de Envejecimiento (1418), Indicadores de Estructura de la Población, Resultados nacionales*.

Disponible a: <https://ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1418&L=0>.

United Nations, D. of E. and S.A., Population Division (UN DESA) (2019) *International Migrant Stock* (United Nations database, POP/DB/MIG/Stock/Rev.2019).

Disponible a: <https://unmigration.org>

34 *Mimopolítica*: terme creat per Sindillar per explicar la política del «mimo», el nostre posicionament polític i metodologia de treball.

Resistències i empoderament col·lectiu: cap a una atenció sanitària centrada en les persones



Irene Ripoll Murcia i Clara Puértolas Pérez

_ Metgessa resident de Medicina Familiar i Comunitària i membre de La Capçalera

_ Metgessa resident de Medicina Familiar i Comunitària, membre de La Capçalera i coordinadora del Grup de Comunicació i Salut de la CAMFiC³⁵

Idees clau

_ Per parlar d'atenció sanitària centrada en la persona, cal considerar tres eixos: les **usuàries**, el **sistema de salut** que els dona resposta i les **sanitàries** que atenen a les usuàries.

_ Una **atenció primària forta** és clau per **millorar la salut de les usuàries** i la salut de les sanitàries.

_ Necessitem respostes d'**autoorganització** col·lectiva, amb **perspectiva de gènere** i amb la mirada focalitzada en els **determinants socials de salut**, per poder canviar el sistema.

Basant-nos en la nostra curta experiència clínica i laboral, i a partir del que ens trobem en la pràctica diària, volem analitzar què és per a nosaltres «l'atenció sanitària centrada en les persones». Utilitzarem tres eixos que es troben interrelacionats i que ens ajuden a definir aquest concepte:

Les usuàries del sistema sanitari / El sistema sanitari / Les professionals que atenen

35 Declaració d'interessos: les autores declarem que no tenim cap conflicte d'interès que pugui esbiaixar la nostra opinió per a la realització d'aquest article.

_ El problema és a la base: infrarepresentació de les dones en els models docents i en la recerca

La nostra pacient, com a dona racialitzada, no s'assembla al coneixement biomèdic que s'ensenya en l'actualitat, perquè la docència sol estar en mans d'homes blancs. Gran part de la investigació també està sota el seu control, i així, plantegen estudis científics amb aquest perfil de mostra, sense desagregació per gènere ni amb representacions diverses, de manera que els resultats de les recerques contenen biaixos de gènere. Això comporta que quan fem la interpretació mèdica dels símptomes de les pacients, ens basem erròniament en els paràmetres d'un home blanc de mitjana edat i sense altres comorbiditats, i qualifiquem com a «atípics» els símptomes que s'allunyen d'aquest model.

Per altra banda, en l'atenció sanitària és clau abordar els determinants socials de la salut, que són les circumstàncies en què les persones neixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen, incloent forces i sistemes que influeixen en la seva vida quotidiana,³⁶ tal com es pot veure a la figura 1.

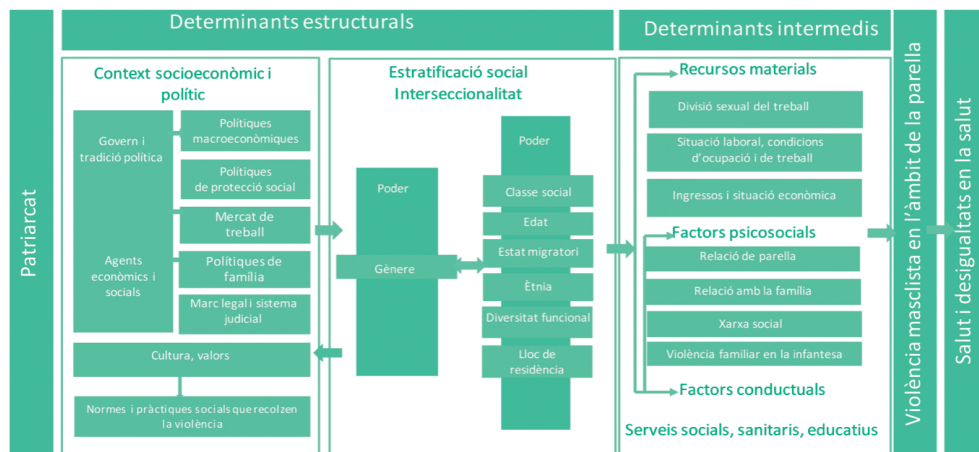


Figura 1. Model dels determinants socials de la violència en l'àmbit de la parella (VMAP). Informe *Violència masclista en l'àmbit de la parella des d'una perspectiva de salut pública: marc conceptual*. Barcelona 2019.

De fet, els determinants socials tenen un pes molt més important en la salut de les persones que no pas l'assistència sanitària, en una proporció del 80% i del 20% respectivament, i arriben a marcar diferències en l'esperança de vida de fins a cinc anys en funció del barri on es viu.³⁷

_ Un sistema fràgil i infrafinançat: la bretxa entre l'atenció primària i l'hospitalària

La fragilitat del nostre sistema públic de salut no comença ara, sinó el 2008, amb les retallades en despesa pública. Hi ha evidència que les retallades en despesa sanitària, combinades amb els efectes de la crisi econòmica, comporten un empitjorament de la salut mental i un increment dels suïcidis, i dificulten l'accés al sistema sanitari, cosa que provoca retards en l'atenció de patologies, especialment les infeccioses, la incidència de les quals augmenta a causa del retard diagnòstic, que impedeix tallar-ne a temps les cadenes de transmissió.³⁸ En aquest context, destaca la situació especialment precària de l'atenció primària, base del sistema sanitari, que resol el gruix dels problemes de salut de la població. El sistema sanitari tendeix a l'hospitalocentrisme: des de fa temps el finançament de l'atenció hospitalària especialitzada (AE) creix en detriment de l'atenció primària (AP). Aquesta bretxa s'ha fet especialment evident a partir del 2010, durant els anys posteriors a l'inici de la crisi econòmica, tal com es pot veure a la figura 2.

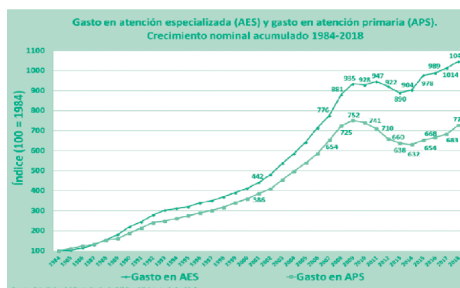


Figura 2. Diferències en la despesa sanitària.

Font: Blog de Juan Simó, article «La serpiente abre todavía más la boca... ¿nos comerá?»

37 Vegeu Agència de Salut Pública de Barcelona (2018).

38 Vegeu Basu et al. (2013).

Aquesta bretxa resulta especialment preocupant, perquè l'excés d'oferta, generada pel sobre finançament i la dotació de personal de l'AE, propicia un excés de demanda als serveis d'urgències i un empitjorament d'alguns indicadors de salut.

L'atenció primària, gràcies a la longitudinalitat, una de les seves característiques més importants, que consisteix en poder tenir la mateixa metgessa de família al llarg de la vida dels pacients, fa que hi hagi un **menor ús dels serveis sanitaris, una millor atenció preventiva, un millor reconeixement dels problemes dels pacients, menys hospitalitzacions i menys costos sanitaris**.³⁹ De fet, per obtenir aquests resultats n'hi ha prou de mantenir durant dos anys la mateixa professional sanitària atenent uns mateixos pacients. Però, com abordarem a continuació, les condicions laborals actuals de les professionals dificulten enormement poder complir aquests dos anys de continuïtat.⁴⁰

_ Les professionals estan esgotades



Cal remarcar la precarització que envolta la vida laboral de les professionals sanitàries. Ja des que comencem l'etapa de la residència, la frase més recurrent és que ens sentim com a «mà d'obra barata». Quan passem a ser adjuntes, els contractes mensuals o bimensuals, sense estabilitat real d'interinatge, juntament amb una càrrega assistencial tan elevada i un excés de burocratització, fan que moltes ens haguem plantejat deixar la nostra feina.⁴¹

Així, si el que volem és centrar-nos en les usuàries, cal que tinguem en compte tot el context que les acompanya, incloent les condicions laborals de les professionals, i partint de la base que el sistema sanitari no s'escapa d'estar construït i liderat per homes i que és, per tant, participant de la violència estructural que el sistema exerceix contra les dones.

39 Vegeu Starfield (2001).

40 Vegeu Pereira et al. (2018).

41 Vegeu Palacio (2019).



_ Propostes



1_ Començant per la base, creiem que la manera que tenim de canviar el sistema radica en l'organització col·lectiva, en la generació d'espais de trobada amb pensament crític on puguem compartir malestars i elaborar propostes conjuntes. Per tirar endavant aquestes propostes creiem que cal conquerir el carrer com a espai de lluita constant, amb manifestacions, vagues laborals (com la realitzada per l'atenció primària el 2018 o la vaga dels MIR de la tardor de 2020), o altres accions, com l'ocupació de la Capella de Misericòrdia reivindicant un espai adient per al CAP Raval Nord per part de la plataforma conjunta d'usuàries i sanitàries del barri.

2_ Al següent esglaó, tenim el canvi del paradigma biomèdic, que ha d'incloure la perspectiva de gènere. Creiem que cal interpel·lar els nostres docents a la universitat sobre si el que ens expliquen té perspectiva de gènere, així com també ens ho hauríem de preguntar quan comencem a fer una recerca o treball.

3_ Després, trobem les xarxes comunitàries que es creen quan el sistema no ens ofereix cures. Arran del confinament es van crear molts grups de suport veïnal en molts barris de Barcelona com a resposta a l'aïllament social.

4_ Per últim, creiem que com a persones que donen consells de salut, hem de ser crítiques i hem de mantenir la mirada focalitzada en els determinants socials i comunitaris de la salut, per tal de poder prescriure activitats que realment puguin canviar la salut de les persones.

10 consejos para una mejor salud (desde una perspectiva de DSS)

1. No ser pobre
2. No tener padres pobres
3. Tener un coche
4. No trabajar en un puesto estresante en el que no te pagan lo suficiente
5. No vivir en una vivienda húmeda ni de baja calidad

6. Tener suficientes ingresos para poder permitirse vacaciones en el extranjero
7. No perder tu trabajo y no entrar en una situación de desempleo
8. Si estás enfermo, discapacitado o desempleado, obtener todos los beneficios a los que tengas derecho
9. No vivir al lado de una carretera principal con mucho tráfico ni de una fábrica contaminante
10. Aprender a rellenar los formularios complejos de subsidio de vivienda (o los de solicitud de asilo) antes de quedar indigente

Figura 3. Extret del blog saludcomunitaria.wordpress.com. Adaptat de D. Gordon (1999).

*DSS: desigualtats socials en salut.

_ Conclusions

- ▶ Els determinants socials de la salut són les condicions en què les persones neixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen i determinen el 80% de la salut de les persones.
- ▶ Les dones, i especialment les dones racialitzades, són un col·lectiu no representat en el paradigma biomèdic.
- ▶ Les retallades en sanitat provoquen un empitjorament de la salut de les persones, sobretot pel que fa a la salut mental i a les malalties infeccioses.
- ▶ L'atenció primària, gràcies a l'atribut de la longitudinalitat, disminueix la morbimortalitat de la població.
- ▶ L'empitjorament de la salut de les usuàries és la punta de l'iceberg d'un sistema capitalista androcèntric i patriarcal que és la base del problema.
- ▶ Necessitem autoorganització col·lectiva, xarxes comunitàries i recerca amb perspectiva de gènere i en els determinants socials de salut, per poder canviar el sistema.

_ Bibliografia

Agència de Salut Pública de Barcelona (2018) *La salut a Barcelona* 2018. Disponible a: <https://aspb.cat/noticies/informe-salut-barcelona-2018/>.

Artazcoz, L., Garrido, A., Juárez, O., Otero, I., Pasarín, M., Pérez, K., Pérez, G. i Salvador, M. (2019) *Violència masclista en l'àmbit de la parella des d'una perspectiva de salut pública: marc conceptual*. Barcelona 2019, Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona.

Disponible a: <https://aspb.cat/documents/marc-conceptual-violencia-masclista/>

Basu, S., Cylus, J., Karanikolos, M., Mackenbach, J.P., McKee, M., Mladowsky P. et al. (2013) «Financial Crisis, Austerity and Health in Europe», a *The Lancet*, vol. 381, p. 1323-31.

Gordon, D. (1999) *An Alternative Ten Tips for Staying Healthy* (personal communication, October 10, 1999).

OMS (2009) *Determinantes sociales de la salud*. Disponible a: https://who.int/social_determinants/es/.

Palacio, J. (2019) «Las ventajas de una relación estable: longitudinalidad, calidad, eficiencia y seguridad del paciente», a *AMF*, vol. 15(8), p. 452-459.

Pereira Gray, D.J., Sidaway-Lee, K., White, E., Thorne, A. i Evans, P.H. (2018) «Continuity of care with doctors-a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality», a *BMJ Open*, núm. 8.

Starfield, B. (1995) *Primary care: balancing health needs, services and technology*, Nova York: Oxford University Press.

Anàlisi ecofeminista de la confluència de crisis en el context Covid-19. Resistències i alternatives



Blanca Bayas Fernández

_ Membre de l'Observatori del Deute en la Globalització i d'Acció Ecofeminista

Resum

S'analitza com des de la perspectiva ecofeminista es desenvolupa una crítica contundent a l'arrel sistèmica de les violències aterrades en el context de la Covid-19, que implica una confluència de múltiples crisis, com l'ecològica, la social, la de cures, la política, l'econòmica, la cultural i la civilitzatòria. També es fa una anàlisi de les alternatives i les resistències que es construeixen a partir de la situació actual.



_ Dimensions de les crisis



Des de la perspectiva de l'economia feminista i els ecofeminismes,⁴² així com des d'altres veus i paradigmes transformadors, es denuncia que tenim un model econòmic —sostingut per una gestió política— centrat en el lucre i no en les necessitats de les persones. Un model que és hostil a totes les vides, les humanes i les que formen el conjunt d'ecosistemes.

Aquesta anàlisi s'ha evidenciat en el context de la crisi de la Covid-19. Si bé la crisi sanitària n'ha estat la cara més visible, almenys en un primer moment, també s'ha posat de manifest la crisi multinivell del sistema capitalista i heteropatriarcal. Hi ha, doncs, múltiples dimensions d'aquesta crisi sistèmica, com són l'ecològica, la social, de cures, política, econòmica, cultural i civilitzària. Aquestes crisis impacten en el conjunt d'ecosistemes i de la societat, i especialment en dones i identitats dissidents, així com en persones per raó de la seva classe, origen, racialització, diversitat funcional, edat, identitat de gènere, etc. A continuació ubicarem tres de les principals dimensions esmentades: l'ecològica i climàtica, la social i sanitària, i la de cures.

a) Crisi ecològica i climàtica

Des de l'ecologisme hi ha veus que assenyalen que els impactes en el medi causats per l'activitat humana, com són l'extractivisme, la utilització de combustibles fòssils, el model agroindustrial (intensiu) i la pèrdua de biodiversitat, produeixen canvis en els ecosistemes que faciliten la generació de noves pandèmies, com la de la Covid-19. La devastació d'ecosistemes propicia el fenomen de la zoonosi, que és el salt de malalties del món animal al món humà.⁴³

Malgrat els greus impactes socials derivats de la Covid-19, un dels elements positius que es pot rescatar de la primera onada de la pandèmia és que es va demostrar que hi ha una part de la producció i consum de béns no essencials de la qual es pot prescindir; a més, es va

⁴² Entenem com a *ecofeminismes* els diversos corrents de pensament i moviments socials que enllacen feminismes i ecologismes, i que assenyalen que l'extractivisme dels recursos naturals i els terroris, així com dels cossos de les dones i les identitats dissidents, és causat per una mateixa confluència de sistemes: el capitalisme i l'heteropatriarcat. Per tant, els feminismes i els ecologismes tenen lluites comunes.

Els ecofeminismes parlen de la nostra interdependència com a éssers socials, de la importància de les tasques de cures com a cossos vulnerables, i de la nostra ecodependència i necessitat d'equilibri amb el medi que habitem, que inclou aire net per respirar, aigua potable per beure, aliments sans, etc.

⁴³ Vegeu: <https://publico.es/sociedad/coronavirus-destruccion-ecosistemas-primer-paso-pandemia.html>.



poder comprovar com aquell decreixement sobtat va reduir notablement els nivells de contaminació. Tot i així, el 2020 ha estat un dels tres anys més calorosos de l'últim segle i mig,⁴⁴ i es calcula que aquest any 2021 la temperatura mitjana mundial ja haurà augmentat 1,2 graus respecte la de l'any 1900. Per tant, el somni d'aturar la producció innecessària i d'entendre que el planeta té límits ha estat un somni parcial. I tot apunta que la recuperació econòmica es farà utilitzant els combustibles fòssils en lloc de les energies renovables.

En síntesi, la perspectiva ecològica adverteix que és del tot necessari un canvi de mirada i de lògica enfront del sistema ecocida actual, que impacta en el medi natural d'una manera molt agressiva.

b) Crisi social i sanitària

La Covid-19 s'ha endut, fins ara, la vida de quasi un milió i mig de persones a tot el món; per a algunes persones i col·lectius socials ha estat especialment virulenta, tant en la dimensió sanitària com en la social i econòmica, i ha exacerbat les desigualtats sistèmiques existents.

La crisi de la Covid-19 ha destapat l'existència de sistemes sanitaris colpejats per la implantació de lògiques neoliberals de privatitzacions i retallades pressupostàries, al territori català i arreu del món. Uns sistemes sanitaris fragilitzats que amb la pandèmia han col·lapsat i han vulnerabilitzat encara més els col·lectius més precaritzats de la societat.

En lloc d'uns serveis públics que haurien de garantir la cobertura de necessitats bàsiques, en el context de la pandèmia ens hem trobat, en general, uns serveis molt minvats en salut, educació, assistència social, accés a l'energia, l'aigua i l'habitatge, etc., de manera que s'han agreujat les desigualtats socials prèviament existents. D'altra banda, s'ha evidenciat quines són les feines més essencials i necessàries per al funcionament social, com són les realitzades per sanitàries, infermeres, cuidadores, netejadores, caixeres, reposadores, transportistes, farmacèutiques, agricultores, entre d'altres. Totes elles han estat col·lectius en primera línia de la gestió de la pandèmia.

Les desigualtats també s'han manifestat per districtes. Els barris on resideixen les classes populars han estat més colpejats per la pandèmia, perquè hi viu una part important de les persones que treballen en els serveis essencials, que han hagut de continuar desplaçant-se per treballar, i per tant han estat més exposades al virus. Aquest ha estat per exemple el cas de Barcelona: als barris més desfavorits i amb més densitat d'habitants per unitat domèstica és on hi ha hagut més casos de Covid-19.⁴⁵

c) Crisi de cures

Durant el confinament de la primera onada, en el pic de la pandèmia, moltes treballadores de la llar i cuidadores van continuar anant als seus llocs de treball en condicions encara més precàries, exposant especialment la seva salut i la de les persones amb qui conviu. La realitat de les que viuen com a internes a la casa de qui les contracta ha estat de doble confinament i risc, ja que treballen de manera intensiva amb i per a les persones que les ocupen.⁴⁶

Davant d'aquest context de vulnerabilitat, s'ha evidenciat encara més la necessitat d'altres polítiques, al territori català i arreu. Per exemple, l'Estat espanyol encara no ha ratificat el Conveni 189 de l'Organització Internacional del Treball, que implicaria la inclusió de les treballadores de la llar en el règim de cotització general, i per tant l'equiparament dels seus drets als de qualsevol altra persona treballadora.

El Govern espanyol va aprovar un ajut econòmic per a les treballadores de la llar amb contracte laboral, però no va cobrir les que estan sense contracte o en situació administrativa irregular, que són unes 200.000, una de cada tres, aproximadament. A més, ens consta que està sent molt difícil cobrar aquestes ajudes.⁴⁷ En aquest sentit, mesures com derogar la llei d'estrangeria són reivindicacions amb perspectiva feminista.

El capital, en forma de conglomerats empresarials transnacionals i multiservei, aprofita les externalitzacions per lucrar-se amb els serveis de cures i el conjunt d'àmbits necessaris per

45 Vegeu: <https://ccma.cat/324/afectacio-de-la-covid-19-a-barcelona-per-barris-colpeja-mes-les-arees-desafavorides/noticia/3008725/>.

46 Vegeu: <https://diaritreball.cat/la-cria-del-coronavirus-colpeja-les-treballadores-de-la-llar-que-perden-la-feina-o-son-obligades-a-fer-se-internes-pel-mateix-sou/>.

47 Vegeu: <https://cuartopoder.es/derechos-sociales/2020/09/18/las-trabajadoras-del-hogar-denuncian-trabaja-y-lentitud-para-cobrar-los-subsidios-especiales-por-el-covid-19/>.

a la vida, com són l'educació, la sanitat, l'alimentació, els serveis socials, els subministraments, l'habitatge, les tasques de la llar i l'atenció a les persones, entre d'altres. I són aquests mateixos àmbits i treballs precaritzats els que estan en crisi permanent, a la vegada que sostenen el sistema, fet que suposa una tensió constant.

En efecte, les cures no paren, són imprescindibles per a la vida, però també ho són per al capital. Al sistema li interessen les lògiques organitzatives de la divisió sexual del treball i de la divisió internacional del treball, així com de les cadenes globals de cures.⁴⁸ Per això diem que el que hi ha, més que un conflicte capital-treball com a motor de la història, és un conflicte capital-vida (incloent tot allò que la fa possible), perspectiva que la filòsofa i feminista Nancy Fraser ha desenvolupat àmpliament.

_ La gestió de la crisi quan l'Estat no arriba: el rol de l'àmbit privat



La gestió institucional de la Covid-19 i les polítiques que regeixen la nostra societat també ens han ensenyat que quan es produeix una crisi i els serveis públics no arriben o són insuficients, les persones passen a dependre encara més de l'esfera privada, és a dir, de la xarxa personal de cadascú. Així, només qui pot pagar pot assegurar-se la subsistència i l'accés als serveis bàsics, i la qualitat de vida de cadascú és proporcional a la seva butxaca.

En aquest sentit, la dependència de l'espai privat posa de manifest la importància de les feines de cures i dels serveis públics, gran part dels quals no podem assumir des de casa. Això posa sobre la taula, de manera punyent, les desigualtats del sistema socioeconòmic actual. El cas més evident és el «Quedeu-vos a casa» com a principal mesura de seguretat i de no propagació del virus, que no servia per a les que no tenien casa. I per a les que en tenien, es vivia de manera molt diferenciada segons l'espai disponible que es tingués i el nombre de persones convivint, però també segons els diferents rols assumits a les llars.

⁴⁸ Encadenament de vincles entre persones, majoritàriament dones, resultant de la migració i del treball remunerat o no remunerat de cures, que contribueix al sosteniment i la reproducció de les societats. La transferència de cures es fa d'acord amb uns eixos de poder, entre els quals cal destacar el gènere, la racialització, l'ètnia, la classe social i el lloc de procedència.

Així, en el context de la pandèmia, les dones han vist augmentades les seves càrregues de treball, tant de teletreball com de tasques domèstiques i de cures. I per a algunes, lamentablement, la llar ni tan sols ha estat, perquè tampoc no ho era abans, un espai segur en el sentit més explícit, i les denúncies de casos de violència masclista s'han disparat durant el confinament.⁴⁹



_ La resposta l'hem tinguda en la dimensió comunitària

Durant la pandèmia també hem descobert que n'hem pal·liat els greus impactes a través de les xarxes comunitàries, els grups d'ajuda mútua, l'autoorganització, la solidaritat veïnal, les caixes de resistència... Aquesta solidaritat és esperançadora des de la perspectiva humanista, però també ha estat possible, altre cop, a costa d'una quantitat ingent de treball gratuït, una vegada més proveït sobretot per dones.

També hem vist que ens hem pogut abastir de béns imprescindibles com els aliments, en part gràcies a petites productores del territori, que han augmentat les seves entregues, i que treballen des del model agroecològic (alternatiu a l'agroindústria, al model intensiu) i amb plantejaments de proximitat, com per exemple els mercats de pagès.

Les propostes sorgeixen, doncs, des de diferents àmbits, i ja s'estan desenvolupant en els de les cures, l'accés a l'aigua i l'energia, la sobirania alimentària, l'urbanisme, el sector sanitari i sociosanitari, l'educació, etc. Altres mesures contra la pobresa i la seva feminització, com és la renda bàsica, poden complementar la provisió d'aquests serveis. Iniciatives que aposten per les remunicipalitzacions, per les cooperatives de treball sense ànim de lucre, per models de cogovernança i col·laboracions publicocomunitàries. Serveis relocalitzats, que siguin accessibles i proveïts a escala de barri, ja que és l'espai més bàsic i immediat de cobertura de necessitats. En definitiva, models més sostenibles, resilents, democràtics, sobirans i que tinguin en compte els impactes en els territoris, urbans i rurals, al nostre context i al Sud global.

49 Vegeu: <https://elcritic.cat/opinio/laura-aznar-i-laia-soldevila/conciliacio-teletreball-i-virus-les-dones-ho-han-pagat-mes-car-59614>.



És important recalcar que darrere de moltes d'aquestes alternatives hi ha dones en primera línia de lluita i construcció, perquè, en tenir delegades socialment les tasques reproductives i de cures, dins i fora de les llars, som les que tenim més consciència de la importància dels serveis públics i dels béns comuns.

_ Conclusions



Tenim l'oportunitat d'organitzar-nos per a una «nova normalitat» que incorpori un altre model en què no es torni als nivells productius d'abans, que s'han demostrat prescindibles en alguns àmbits de béns no essencials, i en què s'apliqui la lògica del decreixement.

També necessitem altres formes d'economies i de polítiques, amb perspectives feministes, ecologistes, antiracistes, etc., que incloguin i siguin promogudes per amplis sectors de la societat, dones i identitats dissidents. Ens volem a totes des dels nostres feminismes diversos i populars per caminar, en definitiva, cap a aquestes transicions socioecològiques i ecofeministes, i poder així construir nous models que, ara sí, posin les persones i els ecosistemes en el centre.



Cloenda del IV Congrés per a l'Erradicació de les Violències Masclistes des dels Serveis Socials i Sanitaris

Montserrat Vilà Planas

_ Associació Hèlia

El IV Congrés per a l'Erradicació de les Violències Masclistes ens ha demostrat el gran talent que tenim les dones en tants àmbits i en tanta diversitat de situacions i professions. La nostra dedicació ancestral a les cures ens dona força universal en tots els dominis de la humanitat.

En aquesta edició del Congrés hi ha hagut més de 660 persones inscrites, i cada dia l'hem estat escoltant en directe unes 250 persones connectades. I segurament moltes més escoltaran les ponències gravades o les llegiran en aquesta publicació.

Les companyes palestines, malgrat les grans dificultats amb què desenvolupen la seva feina, principalment a causa de l'ocupació israeliana, duen a terme programes de salut sexual i reproductiva a les seves clíniques amb molt bons resultats. Una part important del seu èxit es deu a la formació en perspectiva de gènere que rep tot el personal, independentment de la seva àrea d'especialització. Al llarg dels anys hem après de l'experiència de totes elles i seguim treballant juntes per aplicar-la al context de Catalunya.

Durant aquesta pandèmia hi ha hagut més factors que han augmentat la violència dins les llars, a la vegada que la resposta institucional, sotmesa als criteris d'un sistema que posa al centre els interessos del gran capital, ha suposat una major violència estructural vers les dones, sigui per acció o per omissió i manca de reparació del dany causat. A més, és una realitat punyent que la violència masclista perviu per tot arreu.



La violència masclista ha estat assenyalada per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) com la «pandèmia invisible». L'OMS alerta que és prioritari centrar-hi tots els recursos existents, però en canvi els Estats, com a organització de poder patriarcal, a la pràctica provoquen un increment de les desigualtats de gènere. Durant la pandèmia, les tasques de cura de les famílies han seguit recaient sobre les dones, que han tingut menys accés a uns serveis socials ja de per si col·lapsats, i tot plegat ha repercutit negativament en la seva salut.

Durant el IV Congrés hem parlat de la persistent manca de desagregació de la informació per sexe en els estudis científics, i també en els estudis de la Covid-19. És esfereïdor saber que, encara ara, als protocols dels hospitals hi manca una mirada de gènere. Els procediments habituals no s'adeqüen als símptomes de les dones, i això té conseqüències nefastes per a la vida de totes elles.

La vulneració dels drets sexuals i reproductius és violència masclista. Malgrat les lleis i les millores que s'han aconseguit en els últims anys, encara estem lluny d'una situació acceptable. Així, per exemple, en el dret a l'avortament encara preval l'objecció de consciència del personal sanitari que ha d'efectuar la interrupció voluntària de l'embaràs, de manera que moltes dones no poden exercir el seu dret. A més, el període de reflexió de tres dies que prescriu la llei suposa qüestionar la capacitat de la dona per decidir sobre el seu propi cos.

Cal responsabilitat política i polítiques valentes. No només bones paraules, sinó escolta activa a les professionals a primera línia i recursos efectius. En aquest sentit, hem d'anotar un èxit a l'Hospital Clínic de Barcelona: gràcies a la pressió de la Comissió de Violència Intrafamiliar i de Gènere d'aquest hospital, el servei d'urgències per a l'abordatge assistencial i la recuperació de les dones víctimes de violències sexuals ha continuat funcionant durant la pandèmia.

També hem de visibilitzar la importància dels recursos comunitaris i del teixit associatiu en la recuperació de les dones que passen per processos de violència masclista. Per exemple, les xarxes comunitàries en salut mental són capdavanteres en l'autocura i l'acompanyament en xarxa.

No hi ha dones vulnerables pel fet de tenir capacitats diverses, sinó dones vulnerades per no complir amb la imatge normalitzadora de dona.

Cal visibilitzar els eixos de discriminació que influeixen en la violència vers les dones. Cal feminisme interseccional que no s'oblidi de ningú ni deixi cap dona al marge. Les dones immigrades i racialitzades, sotmeses al racisme i als prejudicis colonials i xenòfobs, han de ser reconegudes.

Les dones grans, invisibilitzades, sofreixen el patriarcat, que les considera com a matèria caducada a partir de certa edat. Aquest és un estigma socialment acceptat.

Totes les experiències compartides que hem enumerat demostren la gran necessitat d'espais de reflexió col·lectiva com els del Congrés. Fa quatre anys que vam celebrar el primer Congrés, i en la seva quarta edició hem pogut comprovar que gaudeix de molt bona salut, tot i la pandèmia. Desitgem que l'any que ve el fem presencialment, un altre cop, al preciós paranimf de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona.

Els articles de les ponències que formen part d'aquesta publicació contribuiran a seguir fent una incidència cívica, social i institucional més acurada, creativa i fructífera.



_ Agraïments

A totes les ponents, companyes de lluita, per compartir les seves veus a través d'aquest Congrés.

A les moderadores, per la seva cura i atenció en cadascuna de les taules que han format part del Congrés.

A les organitzacions que totes elles representen:

Health Work Committees (HWC), Organització Mundial de la Salut (OMS), Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS), Creación Positiva, Consell Nacional de Dones de Catalunya (CNDC), Associació de Drets Sexuals i Reproductius, Women's Major Group, Comissió de Violència Intrafamiliar i de Gènere de l'Hospital Clínic de Barcelona, Associació d'Assistència a Dones Agredides Sexualment (AADAS), Grup de Violència de Gènere de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC), Ràdio Nikosia, Associació Dones No Estàndards, Metzineres, Fundació Aroa, Grup de treball sobre Envel·liment Actiu de les Nacions Unides, Observatori del Deute en la Globalització, Acció Ecofeminista, Mujeres Pa'lante, Sindihogar/Sindillar, La Capçalera Bcn, Plataforma Unitària Contra les Violències de Gènere, Dones Juristes i Fundació Coop57.

A l'equip de correcció, traducció i maquetació.

A l'organització logística que ha fet possible aquest congrés virtual.

I a totes les persones assistents que ens han acompanyat darrere de les pantalles en aquest any pandèmic i que han compartit aquest IV Congrés amb nosaltres.

De part de l'Associació Hèlia, gràcies per ser-hi i per participar-hi, i sobretot per seguir actives en la lluita contra les violències masclistes. Junes ho podem tot!

_ Autores



Aurea Ayón Ruiz Velazco

És integrant de Sindihogar/Sindillar. Actriu, titellaire i rondallaire, activista lesbefeminista, antiracista. La seva especialitat és el treball amb grups de teatre de l'oprimit i migració. Nascuda a Guadalajara, Jalisco (Mèxic), de sang mestissa, utilitza la saviesa ancestral i contemporània per crear espais sagrats en els grups amb qui treballa.

Pilar Babi Rourera

Metgessa de família a l'Equip d'Atenció Primària La Pau i membre del Grup de Violència de Gènere de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC). Tutora del programa de formació de la residència de Medicina Familiar i Comunitària, amb postgrau en Violència en la Família (UB). Forma part del Grup de treball de la Gerència de l'ICS per a l'atenció a les Violències Masclistes (Grup Core) i del Circuit Barcelona contra la Violència (CBCV) des del Circuit de Sant Martí (Barcelona).

Blanca Bayas Fernández

Llicenciada en Ciències Polítiques i de l'Administració (UAB), diplomada en Treball Social (UB) i màster en Polítiques Socials i Mediació Comunitària (IGOP). És

membre de l'Observatori del Deute en la Globalització i d'Acció Ecofeminista. Participa en moviments socials i espais que construeixen propostes des dels ecofeminismes i les economies feministes. Investiga sobre els impactes de les privatitzacions i altres ofensives del sistema capitalista i el patriarcat. Ha escrit diversos articles sobre aquestes temàtiques, com el document *Deute de cures. El patriarcat i el capital a l'ofensiva, l'economia feminista com a proposta* (Observatori del Deute en la Globalització).

Nahxeli Beas

Advocada penalista especialista en violències sexuals. És activista feminista antiracista i LGTBI+. Ha treballat en diferents col·lectius i entitats. Actualment és advocada de l'AADAS (Associació d'Assistència a Dones Agredides Sexualment) i part del seu equip d'incidència política.

Beatriz Cantero Riveros

Membre de Mujeres Pa'lante, activista feminista i professora associada de la Universitat de Barcelona. Doctora en Didàctica de les Ciències Experimentals. Les seves recerques i accions formatives estan relacionades, d'una banda, amb



l'activitat científica escolar, especialment amb la incorporació de la perspectiva de gènere en l'àmbit de les STEM (ciències, tecnologia, enginyeria i matemàtiques), i, de l'altra, amb l'educació en salut des d'una perspectiva feminista, amb èmfasi en la prevenció de les violències de gènere i l'educació ambiental des d'una perspectiva decolonial.

Lluïsa Garcia-Esteve

Llicenciada en Medicina i Cirurgia i especialista en Psiquiatria. Cap de la Unitat de Salut Mental Perinatal de l'Hospital Clínic de Barcelona. És docent i investigadora en temes focalitzats en la salut mental de les dones. Ha liderat programes d'atenció i intervenció psiquiàtrica i psicològica vinculats al gènere. Articulista i investigadora en dues línies de recerca: maternitat i salut mental, i violència de gènere i salut mental. Des del 2018 és presidenta de la Comissió de Violència Intrafamiliar i de Gènere de l'Hospital Clínic de Barcelona.

Micaela Mahi Cuyami

Artista antiracista i supervivent en salut mental, vicepresidenta de l'Associació Sociocultural Ràdio Nikosia. Actriu, creadora i artista resident a la creació escènica *Negror*. Dibuixant i autora del llibre *Batete. Encontrando trozos de identidad*.

Shatha Odeh

Directora general dels Comitès de Treball per a la Salut (Health Work Committees, HWC), actualment exerceix de presidenta de la Xarxa d'ONG Palestines (PNGO). Té formació especialitzada en salut pública i un compromís sòlid amb la igualtat de gènere i els drets humans. Ha treballat àmpliament en l'assistència sanitària, la promoció i creació de xarxes, la gestió de la qualitat i la garantia d'accés de les poblacions vulnerables a serveis de salut pública de qualitat.

Neus Pociello Cayuela

Directora de la Fundació Aroa, representa l'entitat al Grup de treball sobre Envel·liment de les Nacions Unides. És experta a l'Older Women's Network Europe i a l'Observatori Europeu de Violències Masclistes de l'European Women's Lobby. Vicepresidenta del Consell Nacional de Dones d'Espanya. Especialitzada en violències masclistes, envelliment i gènere, i en la gestió de fons i projectes europeus amb perspectiva feminista. També treballa com a consultora, conferenciant i formadora, col·laborant amb ens públics i privats i diversos mitjans de comunicació.

Clara Puértolas Pérez

Graduada en Medicina per la UAB el 2018. Resident de Medicina Familiar i Comunitària des del 2019 a l'EAP Raval Sud i a l'Hospital del Mar. Coordinadora del Grup de Comunicació i Salut de la CAMFiC. Membre de La Capçalera, Barcelona.

Irene Ripoll Murcia

Graduada en Medicina per la UdG el 2016. Resident de Medicina Familiar i Comunitària des del 2017 a l'EAP Carles Ribas i a l'Hospital Vall d'Hebron. Membre de La Capçalera, Barcelona.

Carme Riu Pascual

Llicenciada en Psicologia i Pedagogia per la UAB i especialitzada en psicologia social crítica. Professora de l'Institut Joan Salvat Papasseit de Barcelona. És presidenta de l'Associació Dones No Estàndards, membre del Consell Rector de l'Institut Municipal de Persones amb Discapacitat a l'Ajuntament de Barcelona, membre permanent del Consell Nacional de Dones de Catalunya, de l'Observatori Estatal de Violència vers la Dona i de la Comissió Permanent del Consell de Participació de la Dona d'Espanya. Experta al Consell d'Europa en Dona i Discapacitat i en l'elaboració del VI Pla d'Acció i Desen-

volupament de les Politiques de Dones de la Generalitat de Catalunya 2008-2011. Representant del Consell Nacional de Dones de Catalunya a les Nacions Unides en la convocatòria sobre l'Estatut de les Dones (2000, 2005, 2006, 2010) i autora de diversos llibres.

Almudena Rodríguez García

Llicenciada en Història (UB), amb un màster en Drets Humans (Carlos III) i un postgrau en Violències Masclistes (UAB). Experta en drets sexuals i reproductius des del feminisme interseccional i antipatriarcalista, amb més de quinze anys d'experiència treballant per la garantia real dels drets sexuals i reproductius de dones i persones LGTBIQ+. Coordinadora d'incidència política internacional de l'Associació de Drets Sexuals Reproductius i coordinadora del Women's Major Group per a la regió d'Europa i Àsia Central. Membre del Fòrum Parlamentari Europeu de Drets Sexuals i Reproductius.

Aura Roig Forteza

Antropòloga amb un màster en Criminologia i Sociologia Juridicopenal. És directora i fundadora de Metzineres, Entorns d'Aixopluc per a Dones que Usen Drogues Sobrevivint a Violències. És assessora tècnica internacional en polítiques de

drogues, reducció de danys i perspectiva de gènere. Els últims divuit anys ha estat combinant la recerca amb el disseny, implementació, monitoratge i avaluació de polítiques de drogues i serveis a Espanya, Canadà, Colòmbia i Costa Rica. Va realitzar el primer estudi sobre dones que s'injecten drogues a Catalunya, del qual sorgeix la XADUD (Xarxa de Dones que Usen Drogues).

Lucía Serra Domínguez

Membre del col·lectiu i de l'equip de coordinació de Ràdio Nikosia, de l'espai feminista L'Electrodomèstica i del grup d'acompanyament terapèutic A cel obert. Psicòloga clínica-política i psicoanalista.

Alesandra Tatić

Immigrant, activista i candidata al doctorat en Antropologia. La seva recerca se centra en les experiències migratòries des de la perspectiva del gènere. El seu treball de camp es realitza principalment a l'antiga Iugoslàvia, França i Espanya i es focalitza en les formes de resistència i emancipació femenines, així com en transformacions de l'espai urbà. Com a cofundadora del col·lectiu Wild Pear Arts participa en una sèrie de projectes de curtmetratges i en un llargmetratge documental.

Carme Valls Llobet

Metgessa especialitzada en endocrinologia i medicina amb perspectiva de gènere. És directora del programa Dona, Salut i Qualitat de Vida del CAPS (Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris), ONG de la qual forma part des del 1983 i de la qual és vicepresidenta. Ha estat pionera a l'Estat espanyol en alertar, en el camp de la investigació mèdica, sobre les diferències en mortalitat i morbiditat entre dones i homes. És autora d'una extensa bibliografia de divulgació mèdica sobre la necessitat d'introduir la perspectiva de gènere de manera transversal en la medicina.

Montserrat Vilà Planas

Llicenciada en Administració i Direcció d'Empresa (UOC). Fundadora d'Hèlia (2008). Dedicada a l'activisme social i veïnal. Des de la IV Conferència de Beijing, lluita pels drets de les dones des de l'Associació de Veïns i Veïnes de Sagrada Família. El 2002 impulsa i presideix la Plataforma Unitària contra les Violències de Gènere. Fomenta el valor de la llibertat i dedica els seus esforços a transformar la societat patriarcal en una que sigui justa i solidària, en què s'erradiqui la dominació dels homes sobre les dones.



Organitzen:



Col·laboren:



