

# Entrevista

**“Treballar moltes hores té un impacte molt negatiu sobre l'estat de salut. Això que sembla obvi, sovint no es té en compte”**



*Lucía Artazcoz, metgessa especialista en medicina preventiva i salut pública. Investigadora sobre desigualtats de gènere en la salut relacionades amb el treball i els riscos psicosocials. Des de 1990 treballa a l'Agència de Salut Pública de Barcelona, on és directora de l'Observatori de la Salut Pública. Professora associada de la UPF de Barcelona i de la Johns Hopkins University de Baltimore (EUA). Ha publicat més de 120 articles científics i de divulgació. Com a investigadora, ha analitzat les desigualtats en la salut relacionades amb el treball des d'una perspectiva de gènere. Ha estat la coordinadora de l'Informe de la Societat Espanyola de Salut Pública i Administració Sanitària de l'any 2010. La salut en totes les polítiques, un repte per a la salut pública a Espanya.*

**Ens trobem enmig d'una pandèmia mundial que per als professionals sanitaris està sent tràgica des del punt de vista de la seva salut laboral, amb milers de contagis i morts. El sistema no estava preparat per afrontar una situació com aquesta?**

No, no ho estava. La primera resposta hauria d'haver arribat des de la salut pública que està històricament infrafinançada. A Catalunya, amb dades de 2020, només s'hi destina l'1,5% del pressupost, i això inclou la despesa en vacunació ordinària. Per tant, els recursos econòmics i humans són molt limitats. D'altra banda, l'atenció primària també ha estat la gran oblidada del sistema i de les polítiques sanitàries, perquè tenim un model hospitalocèntric. La primària també està infrafinançada i amb professionals sobrecarregats. A

més, veníem de les retallades de l'any 2012 que havien deixat els sanitaris en una situació molt precària. No estàvem preparats. A Barcelona, el Servei d'Epidemiologia cada any ens notifica 10.000 malalties de declaració obligatòria i en un any hem tingut 100.000 casos de Covid. La magnitud és enorme i ens ha agafat molt poc preparats.

**La insuficiència d'equips de protecció ha estat palesa, però, què més creu que ha fallat pel que fa a la prevenció de riscos laborals?**

La manca d'EPI va ser un problema molt gran en els serveis sanitaris i de manera molt especial a les residències, especialment en els mesos de març i abril. També va fallar la formació dels professionals en malalties transmissibles. La gran càrrega de malalties a casa nostra

la tenim en les patologies cròniques, en conseqüència, els professionals estan molt ben formats en cronicitat, però no tant en malalties infeccioses. Això també va repercutir a l'hora d'organitzar els centres i en les mesures de prevenció de contagis entre els mateixos professionals.

**Una de les primeres instruccions del Departament de Salut per donar la resposta a la pandèmia va indignar els professionals, ja que la norma assenyalava que calia preservar el dret a la protecció a la salut dels ciutadans “front els drets de seguretat en el treball dels professionals”. Ho considera acceptable?**

És absolutament inacceptable. El treball s'ha de desenvolupar en un lloc segur, evidentment, però que també

generi benestar. Quan parlem de salut laboral moltes vegades ens limitem a reclamar la prevenció de riscos laborals i ha d'anar molt més enllà d'això. Hem de reclamar que el treball ens permeti desenvolupar-nos com a persones, interactuar amb altres persones de manera saludable, que sigui una font de salut i no només que no ens emmalalteixi o no ens provoqui una lesió. Partim de la premissa que el treball és un infern i que hem d'aconseguir que no cremi massa. Sabem que el treball de qualitat genera un millor estat de salut, per tant, hem d'exigir que sigui saludable i, a més, generador de salut.

**Els estudis que s'estan fent sobre l'impacte emocional de la pandèmia en els sanitaris alerten del seu efecte psicològic i la incidència sobre la salut mental dels treballadors. És un aspecte sobre el qual caldran mesures concretes per part de les administracions?**

La salut mental, abans de la Covid, des del punt de vista de la salut pública dels països desenvolupats, ja era un dels principals problemes de salut. Ara ho és molt més per a la població en general i, evidentment, per als professionals sanitaris que han estat en primera línia. Per moltes raons. Primer perquè han treballat molt i estan esgotats. Treballar moltes hores té un impacte molt negatiu sobre l'estat de salut. Això que sembla obvi sovint no es té en compte. Si l'excés de treball, a més, es produeix en un context de patiment, de manca de recursos, amb condicions de precarietat... això és un còctel explosiu. Si hi afegim el sentiment de culpa per la possibilitat de contagiar la gent de casa un cop tornes de la feina, ens trobem amb moltes portes d'entrada per desenvolupar problemes greus de salut mental. Els professionals sanitaris també tenen certa tendència a no reconèixer la pròpia feblesa, perquè pensen que han de ser forts i donar-ho tot per ajudar els pacients. No es permeten reconèixer que també poden estar cansats, estressats, deprimits o tristos.

**Segons les estadístiques de contagis registrats, les dones s'han vist més afectades pel coronavirus, tant per la seva condició de cuidadores, com per la seva presència majoritària com a empleades dels serveis públics i**

*“Quan parlem de salut laboral moltes vegades ens limitem a reclamar la prevenció de riscos laborals i ha d'anar molt més enllà d'això”*

**treballs essencials. Podem afirmar que la Covid també ha provocat desigualtats des de la perspectiva de gènere?**

Les estadístiques de Barcelona confirmen que la incidència del Covid ha estat més elevada en les dones d'entre 15 i 64 anys. El personal de les residències, dels centres sanitaris i dels sociosanitaris són majoritàriament dones. A més, hi ha aquest rol de cuidadores en l'àmbit domèstic. A partir dels 65 anys veiem que la incidència s'inverteix i és major en els homes. En qualsevol cas, la Covid ha tornat a demostrar que tant el patró de gènere com de classe social influeixen en les possibilitats de contagi. La pandèmia ha incrementat les desigualtats, com ha alertat l'informe de la Fundació Europea per a la Millora de les Condicions de Vida i de Treball.

**Situacions com les viscudes durant la pandèmia corroboren que la conciliació és un miratge?**

Així és. Aquest mateix informe alerta que el confinament, sobretot quan en l'àmbit familiar hi ha persones dependents, és un factor molt estressant per a les dones però no per als homes. Perquè no es dediquen, no perquè reaccionin millor. Un dels aspectes que també preocupa és el teletreball, perquè, tot i tenir alguns efectes positius, per una banda, aïlla els treballadors, i per altra, dilueix la barrera entre vida personal i laboral, i això afecta especialment a les dones. El teletreball s'ha aplicat molt en les empreses públiques, on la majoria d'empleats són dones, i no tant en les empreses privades, on treballen més homes. Caldrà fer un estudi sobre com s'ha dut a terme el teletreball i com ha contribuït a generar desigualtats, de gènere i de tota mena.

**Què més es pot fer des de l'Administració per fomentar la corresponsabilitat i per trencar la persistència**

**dels rols patriarcal, més enllà de les campanyes publicitàries?**

El canvi de conductes costa molt i la informació simple serveix poc perquè el seu impacte és baix. La mesura més eficaç seria crear serveis públics de qualitat i assequibles per a la cura de les persones dependents. Des d'escoles bressol a centres de dia, residències... amb nou model basat en la qualitat i en el bon tracte als professionals i a les persones usuàries d'aquests serveis. En els països nòrdics, amb serveis públics molt desenvolupats, s'ha comprovat que la càrrega de treball i la conciliació no té efectes diferents sobre la salut dels homes i les dones, i això es deu a aquesta xarxa de suport públic. Mentrestant, hem d'anar modificant les conductes. Un bon exemple és el nou permís paternal obligatori, si realment s'aprofita per compartir la criança.

**En l'activitat mèdica, les metgesses identifiquen dos focus principals de desigualtats entre homes i dones. Per una banda, la penalització o limitació que suposa l'embaràs i la maternitat per a la carrera professional, i per altra, l'accés desigual a llocs de direcció o a programes de recerca i investigació. Hi esteu d'acord?**

Totalment d'acord. No es valoren igual els currículums dels homes i les dones. Quan es fan estudis per pal·liar les desigualtats, el punt de partida és que les dones som un problema i ens diuen que hem d'aprendre a comportar-nos segons l'estereotip de masculinitat tradicional. En canvi, en els estudis sobre l'assistència i el tracte amb els pacients el que més es valora són els atributs que es relacionen més amb les dones, com l'empatia o la proximitat. El mateix passa en la valoració del lideratge. De manera inconscient assumint que per ser un bon líder s'ha d'exhibir poder i disciplina, no feblesa ni empatia.

**Més de la meitat dels facultatius en actiu són dones i el 70% dels estudiants de Medicina són noies. La feminització de la professió mèdica ha de comportar canvis organitzatius, laborals i de gestió?**

Espero que no passi això d'haver de reproduir conductes típicament masculines per progressar. Recordo que vaig llegir una entrevista molt desafortunada d'un senyor que deia que la presència majoritària de dones en les organitzacions sanitàries generava dificultats perquè no sabia com es farien les guàrdies mèdiques, ja que les metgesses han de conciliar. Doncs és precisament una oportunitat per revisar-les i veure si treballar aquesta quantitat d'hores seguides és o no és saludable i si influeix en la qualitat del treball.

**L'atenció sanitària és androcèntrica i, en conseqüència, les patologies no es**

**tractem igual si les pateixen els homes o les dones?**

Sí i l'infart és l'exemple paradigmàtic. Homes i dones tenim símptomes diferents, però també es detecten diferències per raó de gènere. Les dones arriben més tard als serveis d'Urgències per diverses raons, entre d'altres abans de marxar de casa amb freqüència volen deixar-ho tot en ordre. S'ha documentat que en els centres, amb més freqüència que en els homes, les dones que arriben amb simptomatologia d'infart no són visitades per cardiólegs sinó per altres especialistes. També hi ha estudis sobre un menor esforç diagnòstic i terapèutic. S'ha assenyalat que en el curs d'una visita mèdica no ens comportem igual, tant els professionals com els pacients, si qui tenim davant és un home o una dona. L'osteoporosi o la depressió son malalties infradiagnosticades en els homes i als professionals els hi costa pensar en elles

quan tenen homes davant. En el cas de les dones és el contrari. Una dona és més probable que sorti d'una consulta amb un ansiolític i un home és més probable que, amb els mateixos símptomes, se li demanin proves complementàries. La psoriasis, per exemple. Amb el mateix nivell de gravetat, hi ha alguns estudis que mostren que els homes reben un tractament car i les dones una crema emol·lient. Hi ha diferències en el diagnòstic i tractament, però també biaixos de gènere.

**Les polítiques de gènere haurien de tenir també una vessant de salut?**

S'han centrat molt en la part social i laboral i s'han oblidat de la salut, entesa com a benestar físic i emocional, no com a malaltia. Cal implementar el concepte ampli de vida saludable i això ha de tenir en compte la perspectiva de gènere i els rols socials i culturals que hem après des de la infància.



**8 MARÇ**  
**Protectores - Protegides - Empoderades**



**Metges de  
Catalunya**