

INFORME FINAL

INVESTIGACIÓ SOCIAL

**VIOLENCIES INSTITUCIONALS CAP A DONES
AMB MALALTIES REUMÀTIQUES I DISCAPACITAT**

**PROJECTE POWER PIP
DONA I DISCAPACITAT**



act:onaid

BENEFICIARIES



ABD



Co-funded by
the European Union

*Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the ERCA. Neither the European Union nor the granting authority can be responsible for the

Setembre de 2026

Autoria i execució de la recerca : Beatriz Mallén Muñoz (Eúnoia Leadership)

Autoria i co-cerca: Eugènia Bretones Espejo (Dol&Dolor)

Per referències bibliogràfiques:

Mallén Muñoz, B., i Bretones Espejo, E. (2026). *Informe final de la investigació social: violències institucionals cap a dones amb malalties reumàtiques i discapacitat* (Projecte PIP Dona i Discapacitat). Lliga Reumatològica Catalana (Reu+) i Consell Nacional de Dones d'Espanya (CNME).

https://www.reumas.org/wp-content/uploads/PIP_MUJER-Y-DISCAPACIDAD_Informe-final.pdf

El projecte PIP Dona i Discapacitat s'ha desenvolupat conjuntament pel Consell Nacional de Dones d'Espanya (CNDE) i Reu+, i s'implementa en el marc del programa 'POWER – Promoting Organizations' empoWERment to guarantee women's humans Rights and stop gender violence', l'objectiu del qual és enfortir la Espanya per protegir, promocionar i garantir el ple reconeixement dels drets fonamentals de les dones i les feminitats, així com per abordar la violència de gènere. POWER està cofinançat per la Unió Europea a través del programa 'Ciudadania, Igualtat, Drets i Valors' (CERV – 2023 – DAPHNE), i està coordinat per WeWorld (WW), en col·laboració amb ActionAid Hellas (AAH) i l'Associació Benestar i Desenvolupament (ABD).

La manera de comunicar és part del compromís amb l'equitat. Aquest document s'ha dissenyat segons les recomanacions de la British Dyslexia Association per a una informació accessible, i s'ha redactat aplicant els principis de llenguatge inclusiu de gènere.

Index

RESUM EXECUTIU	4
1. INTRODUCCIÓ I MARC DEL PROJECTE	5
2. MARC LEGAL I REVISIÓ DE LA LITERATURA	5
3. METODOLOGIA DE MÈTODE MIXT	8
4. MARC CONCEPTUAL	11
5. RESULTATS INTEGRATS.....	14
5.1. La violència institucional sanitària com a patró sistèmic.....	14
5.2. Incredulitat mèdica, biaix androcèntric i psicologització.....	14
5.3. Capacitisme i invisibilitat de la discapacitat orgànica.....	14
5.4. Discriminació laboral: de la conciliació a l'adaptació incompleta.....	15
5.5. Salut mental: conseqüència del sistema, no condició prèvia	15
5.6. Violència judicial i credibilitat negada	15
5.7. Sobrecàrrega de curacions i rol de cuidadora	16
5.8. El punt cec institucional.....	16
6. ANÀLISI INTERSECCIONAL.....	16
7. LÍMITS DE LA INVESTIGACIÓ	17
8. CONCLUSIONS	18
9. RECOMANACIONS QUE ALIMENTEN EL PLA D'INCIDÈNCIA POLÍTICA.....	19
9.1. Formació obligatori en perspectiva de gènere i discapacitat.....	19
9.2. Revisió del sistema de valoració per a malalties fluctuants	19
9.3. Marc jurídic d'adaptació laboral: de l'excepció al dret.....	20
9.4. Producció de dades desagregades.....	20
9.5. Activació dels mecanismes d'incidència i reconeixement legal	20
9.6. Reconeixement de l'impacte en salut pública	20
QUADRE DE LÍNIES D'INCIDÈNCIA POLÍTICA	21
REFERÈNCIES	23

RESUM EXECUTIU

Aquest informe presenta els resultats integrats de la investigació social del Projecte POWER PIP (CERV-Daphne), dedicat a documentar les violències institucionals vers les dones amb malalties reumàtiques i discapacitat a Espanya.

A partir d'un mapatge inicial d'actors, es van combinar tres components complementaris de recollida de dades: una encuesta (n=287), un grup de discussió focal (n=9 participants) i un conjunt d'entrevistes en profunditat a persones informants clau (n=12 analitzades). La triangulació de les tres fonts ofereix un diagnòstic central sòlid i coherent: les violències documentades no són errors aïllats ni experiències individuals, sinó expressions estructurals d'un sistema que no està dissenyat per a cos fluctuants, invisibles i travessats pel gènere. La convergència entre la donació quantitativa, l'experiència viscuda, el coneixement situat de la co-investigadora participant i el saber expert reforça aquest diagnòstic amb un grau de solidesa poc habitual.

Resultats clau:

- **Violència institucional sanitària massiva:** el 82,9% ha experimentat violències en serveis sanitaris al darrer any.
- **Crisi de salut mental:** el 72,7% presenta símptomes de depressió i el 58,5% ansietat freqüent, interpretats com a conseqüència del sistema i no com a condició prèvia.
- **Desconfiança institucional profunda:** el 70,4% té poca o cap confiança en les institucions.
- **Discriminació estructural:** el 48,8% ha patit discriminació per discapacitat en múltiples àmbits.
- **Punt cec institucional:** la negació formal de les diferències de gènere per part de l'administració responsable de la valoració, davant del volum d'evidència acumulada.
- **Impacte biològic mesurable:** la violència institucional crònica actua com a estressor amb efectes fisiològics reals que intervenen en els processos inflamatoris i de dolor. No és simbòlica, és inflamatòria.

Sobre aquesta base, l'informe formula un conjunt de conclusions i recomanacions que constitueixen el fonament del Pla d'Incidència Política (PIP) del projecte.

1. INTRODUCCIÓ I MARC DEL PROJECTE

El projecte POWER PIP s'emmarca al programa CERV-Daphne de la Unió Europea, orientat a la prevenció i el combat de les violències cap a les dones i les nenes. El seu objecte específic són les violències institucionals que experimenten les dones amb malalties reumàtiques i discapacitat a Espanya: un col·lectiu nombrós —les malalties autoimmunes i reumàtiques afecten al voltant del 80% dels— i, tanmateix, sistemàticament invisible a les estadístiques, a les polítiques públiques i a les pròpies agendes del moviment feminista i del moviment.

El projecte neix de l'observació realitzada durant la mentoria social duta a terme el 2024 amb un grup de 14 dones, on es van detectar patrons reiterats i coincidents de violència institucional a totes les participants. Dos elements d'aquella observació van ser determinants: els episodis no eren fets aïllats, sinó patrons compartits, i no es produïen a l'àmbit privat, sinó a l'esfera pública i institucional. Sobre aquesta base, la investigació social parteix d'una premissa analítica explícita: les violències que documenta no s'entenen com a successos individuals ni com la suma de males experiències subjectives, sinó com a patró estructural. Aquesta perspectiva, que travessa tot l'informe, permet desplaçar el focus des de la responsabilitat individual cap a les condicions sistèmiques que produeixen i reproduïen el dany. Com que sintetitza una de les veus expertes del projecte, la violència institucional no és una qüestió de mala fe individual, sinó d'absència d'estructures —formació, protocols, control— que la facin evitable.

Aquest informe integra els tres components de recollida de dades de la investigació en un anàlisi únic i triangulat, i estableix les bases per a l'elaboració del Pla d'Incidència Política.

2. MARC LEGAL I REVISIÓ DE LA LITERATURA

Aquest apartat recull les principals normes i referències —internacionals, europees, estatals i autonòmiques— pertinents per a l'estudi. En tota revisió de legislació i literatura sobre aquesta matèria és tan rellevant allò que es troba com allò que no existeix o és de difícil accés: la producció específica sobre la intersecció entre dona i discapacitat orgànica és escassa —encara que creixent—, i la majoria dels estudis disponibles se centren en la discapacitat física o intel·lectual, rarament a l'orgànica i invisible. Aquesta mancança és, en si mateixa, un resultat.

Àmbit internacional

- Convèncer sobre l'eliminació de totes les formes de discriminació contra la dona (CEDAW, 1979), signada per Espanya el 1980 i ratificada el 1984: tractat vinculant que obliga els estats a adoptar mesures per garantir la igualtat i eliminar les discriminacions envers les dones.
- Declaració sobre l'eliminació de la violència contra la dona (1993): reconeix la violència contra les dones com un problema universal que atenta contra els drets humans bàsics.
- Declaració i Plataforma d'Acció de Beijing (IV Conferència Mundial sobre la Dona, 1995): compromís dels estats signants per assolir la igualtat de gènere i eliminar la discriminació i la violència contra les dones i les nenes.
- Convenció Internacional sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat (CDPD, ONU, 2006) i Classificació Internacional del Funcionament, de la Discapacitat i de la Salut (CIF, OMS): consagren el model biopsicosocial i l'enfocament de drets humans, entenent la discapacitat com a resultat de la interacció entre la persona i les barreres.
- Conveni del Consell d'Europa sobre prevenció i lluita contra la violència contra les dones i la violència domèstica (Conveni d'Istanbul, 2011), ratificat per Espanya el 2014: primer instrument vinculant d'àmbit europeu que reconeix la violència contra les dones com a violació dels drets humans.
- Informe mundial sobre la discapacitat (OMS, 2011) i treballs del Fòrum Europeu de la Discapacitat (EDF), en particular, el seu informe sobre esterilització forçada de persones amb discapacitat a la Unió Europea (2022).

Àmbit europeu

- Estratègia sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat 2021-2030 (Comissió Europea): incorpora explícitament les bretxes de gènere i la violència de gènere.
- Marc d'igualtat reforçat a partir del 2019 amb el nomenament per primera vegada d'una comissària d'Igualtat i l'impuls a l'adhesió de la UE al Conveni d'Istanbul i a la Directiva sobre conciliació de la vida laboral i familiar.

Àmbit estatal

- Constitució espanyola (1978): articles 14 (igualtat davant la llei i no-discriminació per raó de sexe) i 15 (dret a la vida i a la integritat física i moral).
- Llei orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de mesures de protecció integral contra la violència de gènere (BOE núm. 313, de 29 de desembre de 2004): primera llei integral a l'àmbit europeu, basada en la prevenció, la protecció i la persecució del delict.
- Llei orgànica 3/2007, de 22 de març, per a la igualtat efectiva de dones i homes: impulsa els plans d'igualtat i les mesures de conciliació.
- Reial Decret Legislatiu 1/2013, de 29 de novembre, que aprova el Text refós de la Llei general de drets de les persones amb discapacitat i de la seva inclusió social (BOE núm. 289, de 3 de desembre del 2013): norma de referència en matèria d'igualtat d'oportunitats, accessibilitat universal i quota de reserva d'ocupació.
- Llei 15/2022, de 12 de juliol, integral per a la igualtat de tracte i la no discriminació: aborda de manera transversal els diferents tipus de discriminació.
- Llei orgànica 10/2022, de 6 de setembre, de garantia integral de la llibertat sexual (BOE núm. 215, de 7 de setembre de 2022): substitueix el concepte d'abús pel d'agressió sexual i reforça la formació i la detecció als àmbits sanitari i sociosanitari.
- Reial Decret 888/2022, de 18 d'octubre, que estableix el procediment per al reconeixement, declaració i qualificació del grau de discapacitat (BOE núm. 252, de 20 d'octubre de 2022; en vigor des del 20 d'abril de 2023): adopta el model biopsicosocial de la CIF. És la norma directament qüestionada per diverses veus de la investigació, per valorar en tramesa condicions fluctuants.
- Estratègia estatal per combatre les violències masclistes 2022-2025 i Estratègia espanyola sobre discapacitat 2022-2030.

Àmbit autonòmic (Catalunya)

- Estatut d'Autonomia de Catalunya (2006): articles 15 i 19, sobre el dret a viure amb dignitat, seguretat i autonomia, i el lliure desenvolupament de la personalitat de les dones.

- Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret dels dons a eradicar la violència masclista: Llei pionera i encara avui referent estatal, fruit de la participació del moviment feminista, que reconeix les dons com a subjectes de dret i no exigeix denuncia prèvia per accedir als drets que regula.
- Llei 17/2015, del 21 de juliol, d'igualtat efectiva de dones i homes: situa la igualtat efectiva com a principi rector de l'actuació dels poders públics.
- Llei 17/2020, de 22 de desembre, de modificació de la Llei 5/2008 (DOGC, de 24 de desembre de 2020; en vigor des del 13 de gener de 2021): amplia, reforça i actualitza la Llei de 2008, i incorpora conceptes essencials per a aquesta investigació —la diligència de la o intersecció d'opressions—, a més de noves formes de violència (digital, a la vida política) i la inclusió de dons, nens i adolescents transgènere.

Dades i informes de referència

Entre la documentació específica disponible hi destaca el Llibre blanc de la discapacitat orgànica (COCEMFE, 2022), així com els treballs de la Fundació CERMI Dones sobre els drets humans de les dones amb discapacitat. L'escassetat de dades desagregades per sexe i tipus de discapacitat —i, en particular, sobre discapacitat orgànica— és una constant que aquesta investigació contribueix a pal·liar.

3. METODOLOGIA DE MÈTODE MIXT

Posició ètica de la recerca

La investigació s'ha desenvolupat d'acord amb els principis deontològics de la investigació social i amb una mirada biopsicosocial de la salut i la discapacitat, coherent amb el model adoptat per la Convenció Internacional sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat (ONU, 2006). S'han observat les següents garanties:

1. **Anonimat i confidencialitat:** Els testimonis de les dones participants a l'enquesta i el grup de discussió s'han tractat de manera anònima. En el cas de les entrevistes a informants clau, la identificació s'ha fet únicament amb consentiment informat, distingint entre les veus institucionals —que intervenen en la seva condició de càrrec— i les experiències personals.

2. **Enregistrament, transcripció i custòdia:** Les entrevistes i el grup de discussió orals es van registrar amb consentiment, es van transcriure i es van anonimitzar als extractes d'ús. Un cop transcrits, les gravacions es van eliminar per reforçar l'anonimat de les persones participants, i els extractes d'ús es van anonimitzar. La propietat de les dades recollides correspon al projecte, al marc de Reu+ i CNME.
3. **Honestedat i reflexivitat:** S'assumeix de manera explícita que, en tot procés de recerca, és tan significatiu allò que apareix com allò que no. El punt de partida de coneixement d'una de les investigadores respecte a la discapacitat orgànica era baix: aquest desconeixement —en una professional experta en gènere— és, per ell mateix, una mostra (no estadística) del desconeixement social, públic i polític que envolta l'objecte d'estudi.
4. **Accessibilitat:** La investigació s'ha concebut perquè qualsevol persona, amb coneixements previs o sense en gènere o en discriminacions per desigualtat, la pugui llegir i comprendre.

Metodologia mixta

Després del mapatge inicial d'actors, la investigació combina tres components de recollida de dades que es complementen i es validen mútuament. El disseny mixt persegueix capturar tant la magnitud del fenomen (component quantitatiu) com la textura, els mecanismes i el sentit (components qualitatius).

3.1. Mapeig d'actors

La investigació social es va iniciar el gener de 2026 amb un mapeig d'actors amb l'objectiu d'identificar les persones, entitats i institucions vinculades a la temàtica de les violències institucionals vers les dones amb discapacitat, i determinar amb què establir contacte per al projecte —de manera particular, per garantir la diversitat de perspectives a les entrevistes en profunditat.

El mapeig va identificar 56 actors, distribuïts en cinc categories:

- Administració pública: 14 actors
- Àmbit polític: 13 actors
- Entitats: 20 actors
- Referents acadèmiques i activistes: 3 actors
- Organismes internacionals: 6 actors

El mapeig permetrà dissenyar una mostra intencional de persones informants clau que combinés els diferents tipus de saber —institucional, organitzatiu, parlamentari i acadèmic-científic—, assegurant que el component qualitatiu recollís una pluralitat de veus i no una única perspectiva sobre el fenomen. Des d'una perspectiva d'equitat territorial, s'hi inclouran dons de diferents comunitats autònomes de l'Estat espanyol.

3.2. Enquesta (n=287)

Qüestionari en línia estructurat de 46 preguntes, difós a través de les xarxes d'entitats de pacients amb malalties reumàtiques i de dones amb discapacitat entre gener i febrer de 2026. Constitueix el component quantitatiu i aporta la dimensió de magnitud i prevalença.

3.3. Grup de discussió focal (n=9)

Sessió realitzada el 2 de març del 2026 amb 9 dones amb malalties reumàtiques i discapacitat, seleccionades segons criteris d'interseccionalitat -edat, territori, capacitat, origen i situació socioeconòmica- per garantir la diversitat d'experiències vitals, territorials i socioeconòmiques. Aporta la dimensió narrativa i emocional: el relat en primera persona, la indignació articulada i la resistència activa que la donació quantitativa no captura.

3.4. Entrevistes en profunditat (n=12 analitzades)

Dotze entrevistes semiestructurades a persones informants claus realitzades entre gener i març de 2026, en format oral (online) o per escrit. Incorporen quatre tipus de saber: (I) el de les entitats de pacients i de dones amb discapacitat, (II) el de l'administració pública, (III) l'àmbit parlamentari i d'incidència, (IV) i l'acadèmic-científic.

Una entrevista addicional prevista no es va poder integrar a l'anàlisi per no disposar de les seves notes dins del termini d'elaboració de l'informe; això no afecta la saturació temàtica, aconseguida amb comoditat.

3.5. Estratègia de triangulació

Els tres components es triangulen per eixos temàtics: cada resultat és contrasta amb les tres fonts per verificar-ne la convergència. Allà on tots tres coincideixen —violència sanitària, incredulitat mèdica, discriminació laboral, desconfiança institucional— l'evidència és especialment robusta. Els contrastos significatius (singularment, la posició de l'administració) s'analitzen com a resultats en si mateixos.

Component	Mostra	Naturalesa de la dada	Aportació específica
Enquesta	n = 287	Quantitativa	Magnitud i prevalença del fenomen
Grup de discussió focal	n = 9	Qualitatiu (experiència viscuda)	Relat en primera persona, dimensió emocional
Entrevistes en profunditat	n = 12	Qualitativa (saber expert)	Mirada institucional, organitzativa i teòrica

4. MARC CONCEPTUAL

La investigació es basa en un conjunt de conceptes que permeten interpretar les dades des d'una perspectiva crítica i políticament situada. Es presenten, en primer lloc, els conceptes operatius que delimiten el vocabulari bàsic de l'informe i, tot seguit, els marcs teòrics aportats per les veus acadèmiques i científiques del projecte, que constitueixen una base diferenciadora per a l'anàlisi i el Pla d'Incidència Política.

Conceptes operatius

Es delimiten els conceptes que recorren l'informe, per consensuar a què es refereix la investigació amb cada terme. S'assumeix que la realitat de les persones és sempre més heterogènia i diversa que qualsevol categorització teòrica: les fronteres conceptuais nítides sobre el paper es viuen sovint de forma difusa o “en frontissa” a l'experiència quotidiana.

- **Diversitat funcional:** Terme proposat des del moviment de vida independent com a alternativa no pejorativa a “discapacitat”, que desplaça el focus des del dèficit individual

cap a la diversitat dels cossos i els funcionaments. En aquest informe s'utilitza de manera complementària a “discapacitat”, segons el context i la nomenclatura de cada font.

- **Discapacitat orgànica:** Discapacitat derivada de malalties o processos que afectin el funcionament intern de l'organisme —entre elles, les malalties reumàtiques— i que sovint no presenta marcadors físics visibles. Aquesta invisibilitat la distingeix de la discapacitat física, sensorial o intel·lectual i és central per comprendre les violències documentades en aquest estudi. És distingeix, així, de la discapacitat física (mobilitat), sensorial (visual, auditiva) i intel·lectual o mental.
- **Violència de gènere o violència masclista:** D'acord amb la legislació catalana de referència, s'entén com la violació dels drets humans exercida contra les dones com a manifestació de la discriminació i de la situació de desigualtat en el marc d'un sistema de relacions de poder dels homes sobre les dones, produïda per mitjans físics, econòmics o psicològics, tant a nivell públic com privat.
- **Violència institucional:** acció o omissió per part d'una institució que suposa una vulneració de drets de les dones o una barrera per accedir-hi, en incompliment del deure de diligència deguda de l'Estat. Aquesta definició —de base jurídica i no subjectiva— permet distingir entre una mala experiència individual i un patró estructural de vulneració, i és el marc analític central de la investigació.

4.2. Liminalitat permanent i capacitisme institucional

La liminalitat —concepte antropològic clàssic (van Gennep, Turner) que Robert Murphy trasllada a la discapacitat i que la Dra. Laura Sanmiquel Molinero reelabora per a les malalties cròniques— descriu l'estat de quedar atrapada entre dues categories: la societat només reconeix les posicions de sana o malalta, i qui no és cura ni mor roman. En el seu treball sobre la liminalitat encarnada de la discapacitat, García-Santesmases i Sanmiquel-Molinero (2022) l'entenen precisament com una qüestió de mal/ajust al capacitisme. Per a les malalties cròniques invisibles i per brots, la persona ocupa alternativament les posicions de capacitada i discapacitada segons el context, cosa que complica tant l'autoidentificació com el reconeixement institucional.

El capacitisme, tal com el desenvolupa Sanmiquel des dels Estudis Crítics de la Discapacitat, és el conjunt de normes i pràctiques que delimiten quins cossos i funcionaments s'esperen, considerant deficient qui no s'ajusta a aquest ideal; impregna totes les institucions i és la raïm estructural de les

violències documentades. "Els estudis crítics de la discapacitat sempre comencen per la discapacitat però mai no acaben amb ella, en el sentit que connecten la discapacitat amb altres formes d'opressió." — Dra. Laura Sanmiquel Molinero, AFIN-UAB.

4.3. Ginòpia mèdica, ginagnotologia i violència inflammatòria

Des de la psiconeuroimmunoendocrinologia (PNIE), Helena Casadevall aporta dos conceptes propis: la ginòpia mèdica —ceguesa clínica per la qual els símptomes de les dones queden invisibilitzats o deslegitimats— i la ginagnotologia —l'estudi de com es produeix i legitima la ignorància biomèdica sobre la salut.

La seva tesi central, d'alt valor per al projecte, és que la violència institucional crònica no és metafòrica: actua com un estressor sostingut que activa l'eix de l'estrès, eleva els marcadors inflamatoris i agraeix la malaltia de base. És, per tant, un factor de risc clínic mesurable. "La violència institucional no és simbòlica, és inflammatòria." — Helena Casadevall Adroher, Igualitarium.

4.4. Biaixos de referència i models d'interseccionalitat

El moviment associatiu de la discapacitat física i orgànica aporta el concepte del biaix BBVA (Blanc, Burguès, Home, Autònom) com a perfil de referència implícit de l'evidència biomèdica: allò que no s'ajusta a aquest patró —les malalties de les dones, entre d'altres— passa desapercbut. Helena Casadevall també utilitza aquest concepte, amb una variant en la seva formulació ("Adinerat").

A aquests marcs, la Dra. Laura Sanmiquel Molinero suma tres models per entendre la intersecció gènere-discapacitat: la suma o acumulació de desavantatges; la cruïlla —les situacions específiques que no es produeixen en altres grups, formulat per Kimberlé Crenshaw—; i la troca (Andrea García Santesmases) —patriarcat i capacitisme es co-constitueixen—. Aquests models permeten operacionalitzar les diferents violències documentades segons la seva naturalesa. "Parlem dels BBVA: Blancs, Burguesos, Homes i Autònoms. El sistema, les evidències, els axiomes es treuen en base a aquest perfil. I les malalties de les dones passen desapercbudes." — Sara Palacios i Jèssica Celda, ECOM.

5. RESULTATS INTEGRATS

Aquesta secció presenta els resultats de la investigació organitzats per eixos transversals. Cada eix integra i triangula les tres fonts de dades –enquesta, grup de discussió focal i entrevistes– per oferir una lectura unificada del fenomen.

5.1. La violència institucional sanitària com a patró sistèmic

És el resultat amb més saturació de tota la investigació. El 82,9% de les enquestades ha experimentat alguna violència institucional en serveis sanitaris el darrer any. Les principals formes són les llistes d'espera excessives (57,8%), la manca de serveis especialitzats (37,6%), la manca d'informació accessible (32,8%) i els tractes infantilitzadors (23,0%). El grup de discussió aporta el relat viscut -set mesos d'espera per a especialista, nou metges sense diagnòstic, 84 visites hospitalàries sense coordinació- i les entrevistes confirmen des de les entitats que es tracta d'una fallada estructural del procés assistencial, no pas d'una suma d'incidències. "Jo em vaig moure jo mateixa com vaig poder. Vaig arribar a nou metges i cap em va saber dir que el que jo tenia era una artritis reumatoide, cap." — Participant del grup de discussió focal.

5.2. Incredulitat mèdica, biaix androcèntric i psicologització

L'atribució dels símptomes femenins a l'ansietat, la depressió o les causes psicològiques, abans de completar l'avaluació diagnòstica, apareix de manera transversal a les tres fonts. L'enquesta documenta el retard diagnòstic i la psicologització; el grup de discussió afegeix el fet de ser jutjada per anar ben vestida a consulta o per l'accent; i les entrevistes aporten el mecanisme. Helena Casadevall ho concreta amb dades: el biaix androcèntric opera a través de biaixos cognitius implícits i es tradueix en xifres com un retard diagnòstic en espondiloartritis axial de 8,2 anys en dones davant de 6,1 en homes.

"Quan jo em vaig posar malalta als 37, em van passar per ansietat i després per cardiologia . Vaig trigar dos anys i mig a tenir un diagnòstic." — Eugènia Bretones Espejo, CNME

5.3. Capacitisme i invisibilitat de la discapacitat orgànica

La discapacitat orgànica invisible -que inclou les malalties reumàtiques- configura un espai de doble vulnerabilitat: la societat no discrimina visualment, però tampoc no reconeix les necessitats d'adaptació quan no les pot veure. El resultat és una càrrega mental addicional derivada de la necessitat permanent de demostrar i justificar la situació. El grup de discussió l'il·lustra amb la

imatge del cos com a prova —mostrar el rodet inflammat, ensenyar la pròtesi al metro—, i el marc conceptual el nomena com a liminalitat permanent.

"Quan el tren frena, em puc caure. I algú em va dir: però baixa per l'escala. La meva contestació va ser baixar-me els pantalons i mostrar la pròtesi. Perquè ja m'estava satisfent." — Participant del grup de discussió focal

5.4. Discriminació laboral: de la conciliació a l'adaptació incompleta

L'àmbit laboral és el segon espai de violència més documentat. El 48,8% ha patit discriminació per discapacitat en múltiples àmbits, i més de la meitat de les enquestades han hagut de reduir jornada, canviar de feina o deixar de treballar. Emergeix una distinció analítica central, formulada per Eugènia Bretones: el feminisme ha aconseguit instal·lar la conciliació com a dret, però l'adaptació del lloc de treball a la persona amb discapacitat continua sent excepcional. El moviment associatiu ho emmarca com una qüestió de canvi de mirada global, no sols de canvi normatiu: el problema no és l'absència de lleis, sinó la seva implementació i seguiment.

"Amb les mares hi ha conciliació, però amb les discapacitats no hi ha adaptació. Cal adaptar el lloc a la persona, no la persona al lloc. Això és el que preveu la llei." — Participant del grup de discussió focal

5.5. Salut mental: conseqüència del sistema, no condició prèvia

Un dels resultats de més densitat política. L'enquesta documenta que el 72,7% presenta símptomes de depressió i el 58,5% ansietat freqüent. Les tres fonts coincideixen a reinterpretar aquest dat: el deteriorament de la salut mental no és una característica prèvia del col·lectiu, sinó una conseqüència directa i mesurable del sistema. El grup de discussió refusa activament la medicalització de la tristesa; les entrevistes formulin la distinció entre causa i conseqüència, que té implicacions normatives de primer ordre: si el sistema medicalitza el malestar que ell mateix genera, evita reconèixer la seva responsabilitat.

"No estic deprimida, senyor. Estic trist. I no em deixen ni estar trist. Si plores, és que estàs deprimida." — Participant del grup de discussió focal

5.6. Violència judicial i credibilitat negada

Les veus especialitzades en violències institucionals situen el sector judicial al centre del problema: el 52% dels casos documentats per l'observatori especialitzat es produeixen en aquest àmbit, amb

patrons com l'aplicació de la falsa Síndrome d'Alienació Parental i la manca de credibilitat del testimoni de dones amb discapacitat. El 15% d'aquests casos inclouen discriminació per capacitisme, una xifra probablement infraestimada. La memòria històrica de l'activisme aporta casos extrems d'agressors absolts perquè considera que la víctima amb discapacitat no era testimoni fiable.

"El que no es nomena no existeix. Ara poden dir que han viscut violència institucional i que això és una vulneració dels seus drets. Aquest canvi ja és polític." - Marina Oliva, OVIM

5.7. Sobrecàrrega de curacions i rol de cuidadora

Un eix transversal recurrent: les dones amb malalties reumàtiques continuen sent les principals cuidadors de filles, fills i familiars, fins i tot quan són elles qui més necessita curacions, i sovint durant els mateixos brots. La paradoxa és doble: es tracta de dones que, amb autonomia personal o sense, de vegades requereixen elles mateixes una persona de suport, i que, tanmateix, sostenen les cures del seu entorn. Les entrevistes documenten com aquest rol està tan interioritzat que les mateixes dones el reproduïxen sense qüestionar-ho, i com es penalitza quan una mare amb discapacitat reclama els drets de la seva criatura. La sobrecàrrega de cures es tradueix en costos d'oportunitat i és un factor directe de l'abandonament del mercat laboral.

5.8. El punt cec institucional

El contrast més significatiu de tota la investigació sorgeix entre l'administració responsable de la valoració de la discapacitat i la resta de fonts. Des de l'administració autonòmica és formalment nega l'existència de diferències de gènere i d'incredulitat mèdica en el procés de valoració, alhora que es reconeixen, en abstracte, barreres estructurals de gènere. Aquesta incoherència interna - documentada per escrit - materialitza la bretxa entre la percepció institucional i l'evidència acumulada a l'enquesta, el grup de discussió i la resta d'entrevistes.

Un sistema que no es percep com a esbiaixat és molt més difícil de reformar que un que reconeix els seus errors: d'aquí el valor estratègic d'aquest resultat.

"Si tu no avalues no hi ha garantia. Estem sempre igual." - Eugènia Bretones Espejo, CNME

6. ANÀLISI INTERSECCIONAL

Les violències documentades no operen sobre un subjecte homogeni. El gènere s'entrecrua amb la discapacitat i amb altres eixos -origen, classe social, territori, edat, orientació sexual - per produir

formes d'exclusió específiques que requereixen respostes diferenciades. La investigació recull amb claredat aquesta heterogeneïtat interna del col·lectiu.

- **Origen i racialització:** l'accent estranger llegit com a indicador d'accés indegut al sistema, o l'atribució de més resistència al dolor a persones llatinoamericanes, configuren experiències de discriminació múltiple.
- **Territori:** les diferències entre les comunitats autònomes en temps d'espera, la qualitat de l'atenció i la possibilitat real de canviar d'especialista són significatives; en alguns territoris, denunciar un professional implica quedar-s'hi sense atenció.
- **Classe i nivell socioeconòmic:** l'activisme de pacients a dalt majoritàriament persones amb temps i recursos per informar-se; els qui tenen menys recursos o són d'origen migrant queden fora. El parany del tram intermedi deixa sense cobertura qui no és prou pobre per accedir a ajudes però no pot assumir el sobrecost de la discapacitat.
- **Violència de gènere amb dependència:** la dependència funcional o econòmica de l'agressor constitueix una forma de violència específica de l'encreuament gènere-discapacitat, agreujada per la credibilitat negada al testimoniatge. El model de la troca —d'Andrea García Santesmases, recollit per la Dra. Laura Sanmiquel— resulta especialment útil per interpretar aquests encreuaments: no es tracta únicament d'acumular desavantatges, sinó de comprendre que patriarcat i capacitisme es necessiten i es reforcin mútuament.

7. LÍMITS DE LA INVESTIGACIÓ

Tota investigació social està travessada per límits que cal explicitar, tant per honestedat metodològica com per delimitar l'abast de les seves conclusions. Els principals són:

- **Biaix de contacte i perfil socioeconòmic:** La mostra qualitativa s'ha construït en gran mesura a través de les xarxes d'entitats de pacients i dons amb discapacitat, la base social de les quals és majoritàriament de nivell socioeconòmic mitjà-alt. Les dones amb menys recursos, d'origen migrant o sense temps ni informació per associar-se estan infrarepresentades, tot i ser les que amb més probabilitat pateixen les violències documentades de manera més aguda. L'abast de l'activisme de pacients és un límit estructural de l'accés.

- **Autoidentificació:** Una part de les dones amb discapacitat orgànica no s'identifica com a persona amb discapacitat, a causa de la invisibilitat de la seva condició. Això infraestima el col·lectiu i dificulta tant la seva localització per a la investigació com la incidència política basada en dades.
- **Biaix territorial:** Tot i que l'enquesta té abast estatal, el component qualitatiu — especialment les entrevistes i el grup de discussió— recull un predomini de veus de Catalunya, amb algunes aportacions de la resta de l'Estat. La perspectiva legislativa autonòmica analitzada és la catalana; mancaria una veu parlamentària estatal per equilibrar l'escala de l'anàlisi normativa, atès que les violències documentades són d'abast estatal.
- **Escassetat de literatura específica:** La producció acadèmica i de dades sobre la intersecció concreta entre dona i discapacitat orgànica és limitada, cosa que obliga a basar-se en marcs propers (discapacitat física, salut de les dones, violència de gènere). Aquesta mancança és, alhora, un límit metodològic i un resultat del propi estudi.
- **Abast temporal:** el treball de camp es va concentrar entre gener i març de 2026. Una de les entrevistes previstes no es va poder integrar a l'anàlisi per no disposar de les seves notes dins del termini d'elaboració de l'informe.
- **Posició situada de la recerca:** L'equip investigador combina experiència en gènere i un punt de partida desigual respecte del coneixement previ de la discapacitat orgànica. Lluny d'invalidar l'estudi, aquesta posició —explicitada a l'apartat de posició ètica— forma part de la seva honestat i reflecteix el desconeixement social mateix de l'objecte d'estudi.

8. CONCLUSIONS

1. **Violències institucionals sistèmiques:** La convergència de les tres fonts confirma que les violències cap a les dones amb malalties reumàtiques i discapacitat responen a un patró estructural i no a casos aïllats. La saturació entre fonts independents n'és l'evidència més sòlida.
2. **El gènere com a factor explicatiu central:** El biaix androcèntric de la biomedicina, la psicologització del malestar femení i la sobrecàrrega de cures travessen tots els àmbits analitzats.

3. **La invisibilitat com a violència:** La discapacitat orgànica invisible genera una doble càrrega: la manca de reconeixement institucional i la necessitat permanent de demostrar allò que no és veu.
4. **Salut mental:** causa davant de conseqüència: El deteriorament de la salut mental no és una condició prèvia del col·lectiu, sinó una conseqüència directa i mesurable del sistema, amb un impacte biològic documentable.
5. **El punt cec institucional:** La negació formal de les diferències de gènere per part de l'administració responsable de la valoració, davant del volum d'evidència contrària, és un obstacle de fons per a la reforma.
6. **Hi ha capacitat tècnica; falta voluntat política:** Les solucions són conegudes i viables. L'obstacle no és la capacitat, sinó la voluntat d'implementar-los i fer-ne el seguiment del compliment.

9. RECOMANACIONS QUE ALIMENTEN EL PLA D'INCIDÈNCIA POLÍTICA

De l'anàlisi integrada se'n deriven sis línies de recomanació, organitzades per àmbit d'actuació, que constitueixen el fonament del Pla d'Incidència Política del projecte.

9.1. Formació obligatori en perspectiva de gènere i discapacitat

És la recomanació més transversal i amb més consens. La formació ha de ser obligatòria per als col·lectius amb poder de decisió sobre la vida de les persones afectades –personal sanitari, judicial i de serveis socials– i incorporar específicament el coneixement de la discapacitat orgànica invisible i els marcs de la ginòpia mèdica i el capacitisme.

9.2. Revisió del sistema de valoració per a malalties fluctuants

La valoració de la discapacitat es realitza en remissió, quan la persona es troba en el seu millor moment. Es proposa crear protocols diferenciats per a malalties cròniques fluctuants, amb revisions periòdiques i possibilitat de valoració durant el brot, a més d'auditories externs i indicadors de gènere als centres de valoració.

9.3. Marc jurídic d'adaptació laboral: de l'excepció al dret

L'incompliment de l'obligació d'adaptar els llocs de treball no té conseqüències reals, amb especial gravetat a l'Administració Pública. Es proposa reforçar el control efectiu del compliment de la normativa i situar la distinció entre conciliació i adaptació com a eix comunicatiu central.

9.4. Producció de dades desagregades

La manca de dades desagregades per sexe i tipus de discapacitat és un obstacle estructural reconegut per l'administració local, l'activisme històric i la investigació. Cal institucionalitzar la producció sistemàtica d'aquestes dades com a condició per a unes polítiques públiques basades en evidència.

9.5. Activació dels mecanismes d'incidència i reconeixement legal

Existeixen vies concretes i infrautilitzades: el mecanisme de compareixences parlamentàries i els processos de modificació legislativa en curs constitueixen finestres immediates a les quals el projecte pot aportar dades. La metodologia de documentar, investigar, recomanar i incidir ha demostrat produir resultats reals.

9.6. Reconeixement de l'impacte en salut pública

La tesi que la violència institucional és inflammatòria converteix les violències documentades en una qüestió de salut pública mesurable, i no només de tracte o de drets subjectius. Aquest marc ha de figurar de forma explícita al Pla d'Incidència, per la seva capacitat d'enfortir el pes argumentatiu de les demandes.

QUADRE DE LÍNIES D'INCIDÈNCIA POLÍTICA

El quadre següent sintetitza les línies d'incidència derivades de la investigació, amb l'evidència que els sustenta, els actors a qui s'adrecen i l'horitzó temporal estimat. Constitueix el pont directe cap al Pla d'Incidència Política.

Línia d'incidència	Evidència que la sustenta	Actores destinataris	Horizonte
Formació obligatòria en gènere i discapacitat	Consens entre les tres fonts; les violències provenen de la falta de formació, no de mala fe.	Personal sanitari, judicial, de serveis socials i educatius (funcionariat i treball públic); personal de RRHH en empreses. Via formació reglada (accés i actualització de títols) i formació continua.	Mig termini
Revisió del sistema de valoració para malalties fluctuants	Paradoxa de la valoració en remissió; temps d'espera de 4 a 21 mesos.	IMSERSO; departaments autonòmics de Drets Socials / Serveis Socials.	Mig-llarg termini
Adaptació laboral efectiva y avaluació de contingents en la administració	48,8% discriminació; expulsió del mercat; incompliment sense conseqüències.	Administració pública com a ocupadora; inspecció de treball; empreses, organitzacions sindicals.	Mig termini

Línia d'incidència	Evidència que la sustenta	Actores destinatarios	Horizonte
Dades desagregades per sexe i discapacitat	Només el 12% coneix els drets; absència d'indicadors específics.	Instituts d'estadística; ministeris; administracions autonòmiques i locals.	Curt-mitjà termini
Incidència parlamentària i reforma legal	Mecanisme de compareixences accessible; participació ciutadana a les comissions legislatives, finestres legislatives obertes.	Grups parlamentaris; comissions d'igualtat i de drets socials.	Curt termini
Reconeixement de l'impacte en salut pública	La violència institucional com a factor de risc clínic mesurable (PNIE).	Sistema sanitari; salut pública; investigació biopsicosocial amb perspectiva de gènere.	Llarg termini

REFERÈNCIES

Marc normatiu Àmbit internacional i europeu

- Comissió Europea. (2021). Estratègia sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat 2021-2030.
- Consell d'Europa. (2011). Conveni del Consell d'Europa sobre prevenció i lluita contra la violència contra les dones i la violència domèstica (Conveni d'Istanbul). Ratificat per Espanya el 2014.
- Nacions Unides. (1979). Va convèncer sobre l'eliminació de totes les formes de discriminació contra la dona (CEDAW).
- Nacions Unides. (1993). Declaració sobre l'eliminació de la violència contra la dona.
- Nacions Unides. (1995). Declaració i Plataforma d'Acció de Beijing. IV Conferència Mundial sobre la Dona.
- Nacions Unides. (2006). Convenció Internacional sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat (CDPD).
- Organització Mundial de la Salut. (2001). Classificació Internacional del Funcionament, de la Discapacitat i de la Salut (CIF).
- Organització Mundial de la Salut. (2011). Informe mundial sobre la discapacitat. Àmbit estatal
- Constitució espanyola. (1978). Butlletí Oficial de l'Estat, núm. 311, de 29 de desembre de 1978.
- Llei orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de Mesures de protecció integral contra la violència de gènere. Butlletí Oficial de l'Estat, núm. 313, de 29 de desembre del 2004.
- Llei orgànica 3/2007, del 22 de març, per a la igualtat efectiva de dones i homes. Butlletí Oficial de l'Estat, núm. 71, del 23 de març del 2007.
- Reial Decret Legislatiu 1/2013, del 29 de novembre, pel qual s'aprova el Text Refós de la Llei general de drets de les persones amb discapacitat i de la seva inclusió social. Butlletí Oficial de l'Estat, núm. 289, del 3 de desembre del 2013.
- Llei 15/2022, del 12 de juliol, integral per a la igualtat de tracte i la no discriminació. Butlletí Oficial de l'Estat, núm. 167, del 13 de juliol del 2022.

- Llei orgànica 10/2022, del 6 de setembre, de garantia integral de la llibertat sexual. Butlletí Oficial de l'Estat, núm. 215, de 7 de setembre del 2022.
- Reial Decret 888/2022, de 18 d'octubre, pel qual s'estableix el procediment per al reconeixement, declaració i qualificació del grau de discapacitat. Butlletí Oficial de l'Estat, núm. 252, del 20 d'octubre del 2022. Àmbit autonòmic (Catalunya)
- Llei orgànica 6/2006, del 19 de juliol, de reforma de l'Estatut d'Autonomia de Catalunya. Butlletí Oficial de l'Estat, núm. 172, del 20 de juliol del 2006.
- Llei 5/2008, del 24 d'abril, del dret dels dons a erradicar la violència masclista. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 5123, del 2 de maig del 2008. • Llei 17/2015, del 21 de juliol, d'igualtat efectiva de dones i homes. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 6919, del 23 de juliol del 2015.
- Llei 17/2020, del 22 de desembre, de modificació de la Llei 5/2008, del dret dels dons a erradicar la violència masclista. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 8303, de 24 de desembre del 2020.

Referències bibliogràfiques

- Crenshaw, K. (1989). Demarginalitzar l'intersecció de race and sex: a Black feminist critique d'antidiscriminació doctrine, feminist theory and antiracist politics. University of Chicago Legal Forum, 1989(1), 139-167. • Casadevall Adroher, H. (2026). Ginagnotologia: la producció estructural d'ignorància a la salut de les dones [Preprint]. SocArXiv. https://doi.org/10.31235/osf.io/gj5zq_v1
- García-Santesmases Fernández, A. (2017). Cossos (im)pertinents: Una anàlisi queercrip de les possibilitats de subversió des de la diversitat funcional [Tesi doctoral, Universitat de Barcelona]. <http://hdl.handle.net/10803/402146>
- García-Santesmases Fernández, A. (2023). El cos desitjat: La conversa pendent entre feminisme i anticapacitisme. Kaòtica Llibres.
- García-Santesmases Fernández, A., i Sanmiquel-Molinero, L. (2022). Embodying disabled liminality: A matter of mal/adjustment to dis/ableism. Sociology of Health and Illness, 44(2), 377-394. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13439>
- Gennepe, A. van. (2008). Els ritus de pas. Aliança Editorial. (Obra original publicada el 1909)

- Murphy, RF (1987). The body silent: The different world of the disabled. Henry Holt and Company.
- Turner, V. (1988). El procés ritual: Estructura i antiestructura. Taurus. (Obra original publicada el 1969. Informes i documentació
- COCEMFE. (2022). Llibre blanc de la discapacitat orgànica: Estudi sobre la situació de les persones amb discapacitat orgànica. COCEMFE – Ministeri de Drets Socials i Agenda 2030.
- Fòrum Europeu de la Discapacitat (EDF). 202 European Union.

«Finançat per la Unió Europea. Els punts de vista i les opinions expressades són únicament els de l'autor o dels autors i no reflecteixen necessàriament els de la Unió Europea, l'Agència Executiva Europea d'Educació i Cultura o ABD. Ni la Unió Europea ni l'autoritat atorgant no se'n poden fer responsables».