



# La perspectiva de gènere en l'atenció a la salut sexual i reproductiva

EINES PER A LES LLEVADORES I APLICACIÓ PRÀCTICA

Carolina Pascual Romero



La perspectiva de gènere en l'atenció  
a la salut sexual i reproductiva  
eines per a les llevadores i aplicació pràctica

Carolina Pascual Romero

## AUTORA

Carolina Pascual Romero. *Treballadora social i antropòloga*

## AGRAÏMENTS

A Cristina Martínez i Eva Vela per la seva col·laboració i les seves aportacions en l'elaboració del document.

A Cristina Freixas i Maria Foj per la seva acollida i la seva col·laboració en l'edició del document.

Barcelona, desembre 2010

# INDEX

1. INTRODUCCIÓ	5
2. EVOLUCIÓ DEL CONCEPTE DE SALUT SEXUAL I REPRODUCTIVA	7
3. LA PERSPECTIVA DE GÈNERE COM A EINA D'ANÀLISI I DE TREBALL A LA SALUT	10
3.1 DEFINICIÓ I ELEMENTS IMPORTANTS. Conceptes de gènere	10
3.2 L'ENFOC DE GÈNERE A LA SALUT	16
3.3 LINEES DE L'ENFOC DE GÈNERE A LA SALUT	17
3.4 PRINCIPIS I VAORS DE L'ENFOC DE GÈNERE	18
3.5 APORTACIONS A LA NOSTRA FEINA	19
3.6 RESULTATS DE L'APLICACIÓ DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE A LA INTERVENCIÓ EN SALUT SEXUAL I REPRODUCTIVA	20
4. COM APAREIX LA INEQUITAT DE GÈNERE A LA SALUT SEXUAL I REPRODUCTIVA	21
5. LA PERSPECTIVA DE GÈNERE APLICADA A LA FEINA DE LES LLEVADORES	25
5.1 EINES PER APLICAR-LA A LA PRACTICA PROFESSIONAL DE LES LLEVADORES	25
5.2 PAUTES PER APLICAR-LA	28
5.3 INDICACIONS PER TREBALLAR ESPECIFICAMENT AMB DONES, HOMES I JOVES	32
5.4 CONSELLS CONCRETS I PRÀCTICS PER TREBALLAR DIRECTAMENT AMB DONES, HOMES I JOVES A LES CONSULTES I EN LA PLANIFICACIÓ D'ACCIONS	41
6. CONCLUSIONS	45
7. BIBLIOGRAFIA	48

# 1. INTRODUCCIÓ

Aquest document és el resultat del practicum del postgrau de Gènere i Igualtat realitzat després del treball dins de l'Associació Catalana de Llevadores (ACL) i pretén donar a conèixer a les llevadores<sup>a</sup> de l'ACL què és la perspectiva de gènere com a eina de treball en la pràctica professional i quins aspectes cal tenir en consideració per aplicar-la.

La aplicació de la perspectiva de gènere en les polítiques sanitàries de salut sexual i reproductiva encara és un repte a Catalunya. Aquesta perspectiva ens permet identificar les desigualtats que es produeixen i poder generar espais o intervencions més igualitàries, per això és necessari un anàlisi crític de les actuacions i una reflexió del treball assistencial quotidià per tal de identificar noves oportunitats per eliminar o reduir les desigualtats de gènere.

Existeixen diferents línees o enfocos teòrics per l'abordatge de la perspectiva de gènere, en aquest document s'ha intentat incorporar aquells aspectes que pensem que poden ser útils per les llevadores en la seva pràctica assistencial i recull aquells elements teòrics que poden millorar els coneixements de les llevadores, a més de proporcionar un document que permet aprofundir en el treball de les desigualtats de gènere.

Aquest document pretén ser una introducció breu i concreta d'allò que és la perspectiva/enfoc de gènere; dels conceptes claus per conèixer-la i entendre-la aplicada a la salut i a la salut sexual i reproductiva; i de com aplicar-la concretament a la nostra tasca professional.

La voluntat de l'ACL és que les persones professionals<sup>b</sup> associades assegurin i fomentin una atenció de qualitat en l'atenció a la salut sexual i reproductiva que respongui a:

- La cobertura de les necessitats de salut de les persones ateses – dones i homes-
- apoderi les dones –joves i grans- en relació a la presa de decisions relatives a la seva pròpia salut sexual i reproductiva
- integri els homes<sup>c</sup>- joves i adults- als serveis i processos de salut sexual i reproductiva d'ells mateixos i de les seves parelles.

---

<sup>a</sup> Incloem en el terme *Llevadores* als homes i les dones que exerceixen aquesta professió.

<sup>b</sup> Fem notar que els document que a continuació es presentar està escrit amb "*llenguatge no sexista*" o "*inclusiu*". Entenem que aquest reflecteix la societat en la que vivim que està integrada per un 50% de dones i un 50% d'homes.. Així trenquem (i volem trencar) d'una vegada la pràctica discriminatòria en l'ús del llenguatge que ha suposat utilitzar el genèric masculí per parlar de totes les persones que integren la nostra societat i contribuir a reparar les conseqüències que d'aquesta pràctica s'han després: la subordinació, exclusió i invisibilitat de les dones.

<sup>c</sup> Des de l'Associació entenem que els homes també són subjectes sobre els que intervenir en el camp de la salut que ens ocupa.. Per tant, hem de treballar també amb ells (i no només amb les dones) atenent-los i/o incloent-los en les diferents funcions de la nostra pràctica professional.

Analitzar els estereotips que encara avui en dia col·loquen a les dones en situacions subordinades i amb desavantatges, com és la incorporació al món laboral sense deixar de fer les tasques de cura de l'entorn familiar proper, o les pròpies situacions de dependència de moltes dones, suposa un risc per la salut, i en ocasions risc per la pròpia vida com és el cas de la violència masclista.

Tot i que la nostra societat ha anat evolucionant respecte a les relacions igualitàries entre homes i dones encara tenim molt camí per recórrer ja que aquesta situació ideal encara no és del tot real, com ho demostra el fet de que els homes encara no es sentin del tot responsables de la contracepció, o de l'embaràs no desitjat, aquests aspectes posen de manifest que cal analitzar les actituds de dones i homes a l'hora de mantenir relacions sexuals amb o sense protecció i si aquestes actituds estan motivades per la vinculació a rols de gènere tradicionals o contemporanis.

La paternitat encara no és un element fonamental per la igualtat, ja que per molts homes encara no implica una relació de cura dels fills/es i una corresponsabilització de la tasca educativa, de cura de la salut i de construcció de les persones.

El treballar des de la perspectiva de gènere implica treballar tant per les dones com per els homes. Intervenir en els homes permetrà poder treballar les relacions igualitàries i per tant la igualtat i treballar per la igualtat és sens dubte també treballar per les dones al mateix temps.

Esperem que aquest document ajudi a les llevadores de Catalunya a repensar la feina que s'està fent des d'aquest anàlisi de perspectiva de gènere i permeti una reflexió sobre l'enfoc que cal fer en la pràctica assistencial i en el treball de la salut sexual i reproductiva en dones i homes, i aportí eines concretes per iniciar aquest abordatge i reduir els biaixos de gènere deguts als estereotips actius en la societat i en la salut.



## 2. EVOLUCIÓ DEL CONCEPTE DE SALUT SEXUAL I REPRODUCTIVA

El **concepte de Salut Sexual i reproductiva** amb el que treballem avui ha evolucionat al llarg del temps gràcies als canvis que s'han produït en els darrers anys respecte a les creences, els paradigmes socioeconòmics i culturals que en els darrers anys s'han donat i que han estat impulsats per diversos moviments socials, entre els que destaca el moviment feminista, i que s'han reflectit en els documents i iniciatives internacionals<sup>1</sup>

Durant el s.XX l'atenció a la salut sexual i reproductiva ha evolucionat, en primer lloc s'ha produït un canvi social estructural, la majoria de dones tenen una feina fora de l'entorn domèstic i això ha motivat la introducció d'altres dones a l'entorn familiar que s'encarreguen de la cura dels nens o nenes o de tasques domèstiques. Per el que fa l'assistència en salut sexual i reproductiva és un objectiu fonamental la desmedicalització de processos fisiològics com son el embaràs, el part, la menopausa entre d'altres, a on les llevadores son les professionals referents d'aquests processos i que treballen en coordinació amb els ginecòlegs/es, infermers/es, metges/esses de família, treballadors/es socials, mestres etc.<sup>2</sup>

El concepte de salut sexual i reproductiva **neix** a la “*Conferència Internacional sobre Població i Desenvolupament de Nacions Unides*” (CIPD) que es va celebrar al Cairo l'any 1994 on es van introduir tres canvis fonamentals:

- ✓ La salut reproductiva esdevé quelcom més ampli que “la planificació familiar”
- ✓ Es reconeix la sexualitat com una dimensió fonamental de les persones, en especial de les dones.
- ✓ S'apodera a la dona en tant que es considera que és ella qui ha de controlar la seva fecunditat decidint lliurement i en condicions que afavoreixin aquesta decisió.

Aquest concepte es perfila i reforça a la “*IV Conferència Mundial de les Nacions Unides sobre la Dona*” de Beijing (1996) on es va definir la salut sexual i reproductiva com “l'estat general de benestar físic, mental i social, i no només d'absència de malalties, en tots els aspectes relacionats amb el sistema reproductiu i de les seves funcions o processos. En conseqüència, la salut reproductiva inclou la capacitat de gaudir d'una vida sexual satisfactòria i sense riscos i de procrear, i la llibertat per a decidir fer-ho o no fer-ho, en quin moment i amb quina freqüència. Aquesta darrera condició porta implícit el dret de l'home i la dona a obtenir informació, de planificació de la família, de la seva elecció, així com d'altres mètodes per a la regulació de la fertilitat que no estiguin legalment prohibits, i accés a mètodes segurs, eficaços, assequibles i acceptables, el dret a rebre serveis adequats d'atenció de la salut que permetin el embarassos i parts sense riscos i donin a les parelles les màximes possibilitats de tenir fills sans”<sup>3</sup>

Al 1996 la Unió Europea i tots els estats membres emmarquen la seva política en salut sexual reproductiva dins els principis del Cairo i en l'actualitat existeix consens mundial i compromís dels governs de dur a terme les accions necessàries per tal de complir els acords.

Tot i això l'aplicació de les polítiques i programes de salut sexual i reproductiva, l'exercici quotidià dels drets sexuals i reproductius i l'accés de les persones als serveis està encara sotmès a contradiccions i **obstacles** polítics, econòmics i socioculturals a tot el Món.





Encara al 2010 manquen drets en matèria sexual i reproductiva ( veure Taula 1 ), les xifres de violència contra les dones (*violència masclista<sup>d</sup>, mutilació genital femenina, matrimonis forçats, avortaments selectius*) són molt elevades i es troba cada cop més incidència de VIH/Sida entre dones així com altes taxes de mortalitat materna en moltes regions d'Àfrica, Àsia i Amèrica Llatina. En molts aspectes, la igualtat no és una realitat per a la dona.

---

<sup>d</sup> DEFINICIÓ: "La violència que s'exerceix 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 i que, produïda per mitjans físics, econòmics o psicològics, incloses les amenaces, les intimidacions i les coaccions, tingui com a resultat un dany o un patiment físic, sexual o psicològic, tant si es produeix en l'àmbit públic com en l'àmbit privat" ( article 3). VEURE TAMBÉ: FORMES DE VIOLÈNCIA MASCLISTA (article 4) i ÀMBITS DE LA VIOLÈNCIA MASCLISTA (article 5).<sup>5</sup>

**Taula 1. Drets sexual i reproductius\* 4**

<b>DRETS GENÈRICS</b>	<b>DRETS SEXUALS</b>	<b>DRETS REPRODUCTIUS</b>
Dret a la vida	Llibertat de l'exercici de la sexualitat: recreativa, comunicativa i reproductiva	Respecte a la opció de reproducció
Dret a la integritat física, psíquica i social	Respecte a les decisions personals relacionades amb les preferències sexuals	Llibertat de crear una família
Elecció de l'estat civil	L'expressió i el lliure exercici de la orientació sexual	Llibertat de decidir el número de fills/es i el espaïament entre ell/es i l'elecció de mètodes anticonceptius o proconceptius
Al reconeixement i acceptació de si mateix/a com a home dona o ésser sexual	La llibertat de triar la parella sexual	
A la igualtat de sexe i gènere	La llibertat si es tenen o no relacions sexuals	
A l'enfortiment de l'autoestima, l'autovaloració i l'autonomia per prendre decisions adequades en torn a la sexualitat	Llibertat de triar parelles sexuals segons la preferència	
Dret a la intimitat personal, la vida privada i a no ésser jutjat/ada	Dret rebre informació clara, oportuna i científica sobre la sexualitat	
	Dret a tenir espais de comunicació familiar sobre la sexualitat	

\*Segons ONU-SIDA

**LA IGUALTAT EFECTIVA (la igualtat real)  
ENCARA NO S'HA ASSOLIT**

## 3. LA PERSPECTIVA DE GÈNERE COM A EINA D'ANÀLISI I DE TREBALL A LA SALUT

A partir de la conferència del Cairo s'adopta un nou enfocament de la salut sexual i reproductiva que posa l'èmfasi en l'equitat i la igualtat de gènere per apoderar<sup>e</sup> les dones i encoratjar-les a prendre les seves pròpies decisions i atendre la seva salut i benestar i involucrar els homes en la salut sexual i reproductiva com en la igualtat de gènere<sup>1,6</sup>.

*“L'objectiu és promoure la igualtat de gènere en totes les esferes de la vida, inclosa la vida familiar i comunitària, i animar els homes a que es responsabilitzin del seu comportament sexual i reproductiu i a que assumeixin la seva funció social i familiar”* (Programa d'acció del Cairo. Paràgraf 4.25)<sup>6</sup>

La **perspectiva de gènere** pretén modificar les condicions de subordinació social a les que s'han vist sotmeses les dones i que els hi han impedit esser subjectes actius de les seves decisions en la seva vida i per la de la seva família. Però també modificar la construcció del gènere masculí (que ha exclòs els homes de la preocupació i cura de la seva salut –també de la sexual i reproductiva-) i han vist impeditos els desenvolupaments dels seus desitjos reproductius per les construccions de gènere que els hi imposen actituds i pràctiques<sup>1</sup>.

### 3.1 DEFINICIÓ I ELEMENTS IMPORTANTS. Conceptes de gènere

La **PERSPECTIVA DE GÈNERE ÉS** la consideració de les diferències en la socialització de les dones i els homes, les quals determinen diferents valors, actituds i conductes, les desigualtats en el poder i en l'accés als recursos i la profunda divisió del treball<sup>7</sup>.

És l'enfoc que té en consideració els gèneres i les relacions entre gèneres per analitzar la realitat, el que construïm, com vivim, com ens posicionem i com prenem decisions que afecten als homes i a les dones

Les **diferències de sexe i gènere en salut** determinen les diferències en els determinants de salut, la vulnerabilitat, la natura, severitat i freqüència dels problemes de salut, la manera en que es perceben els símptomes i l'ús i accessibilitat als serveis sanitaris, l'esforç diagnòstic i terapèutic, el compliment del tractament i dels missatges preventius i el pronòstic dels problemes de salut d'homes i dones<sup>7</sup>

<sup>e</sup> DEFINICIÓ APODERAR: “És la capacitat sostinguda de les persones per decidir lliurement, amb coneixement de causa i de forma autònoma, com respondre millor als seus propis interessos per tal de millorar la seva qualitat de vida.”<sup>8</sup>

## SOCIETAT PATRIARCAL vs SOCIETAT IGUALITÀRIA

Ens trobem a una **societat patriarcal** on el control sobre la reproducció i la sexualitat de les dones ha estat un dels pilars bàsic de la dominació masculina i la subordinació de les dones. Sobre aquesta organització de la societat descansa la discriminació i desigualtat de les dones respecte els homes al temps que l'exclusió dels homes de l'atenció en la salut sexual i reproductiva.

Conèixer el **conceptes** que a continuació s'exposen és bàsic per poder començar a avançar cap a una **societat igualitària**:

### SEXE

Diferències físiques, anatòmiques i fisiològiques entre homes i dones  
Tenen a veure amb la biologia de dones i homes<sup>7</sup>

### GÈNERE

Construcció social que determina les convencions culturals, actituds i relacions entre homes i dones<sup>7</sup>. Es refereix als atributs, oportunitats, limitacions econòmiques, socials, polítiques i culturals relacionades amb esser home o dona<sup>8</sup>. Les definicions socials del que significa ser home o dona varien d'una cultura a una altra i poden canviar al llarg del temps<sup>8</sup> donat que es produeixen i reproduïxen mitjançant les accions de les persones<sup>7</sup>

## ESTEREOTIPS DE GÈNERE

**Taula 2. Esterotips de gènere  
(esterotips de gènere en salut sexual i reproductiva)\***

SER DONA (Feminitat)	SER HOME (Masculinitat)
<b>Limitacions vs Oportunitats</b>	
Ocupen l'espai privat Treball domèstic (dins la llar) Col.labora econòmicament Té cura de la família	Ocupen l'espai públic Treball fora la llar Guanya els diners Manté la econòmicament la família
<b>Atributs</b>	
Tendresa Cura Enamoradisa Racionalitat debilitat	Demostrat fortaleza física Exposició al risc Competitivitat Amagar les emocions Racionalitat Han d'estar saludables
<b>Limitacions vs oportunitats econòmiques, socials, polítiques,culturals</b>	
Treball parcial i mitja jornada Sous menors per mateixa feina Conciliació – doble jornada Menys capacitat de promoció Invisibilització aportacions a la cultura, ciència, política, econòmia, llenguatge	Ajuda a la llar Participació política Presència llocs de decisió/poder Visibilització (model androcèntric)
<b>Salut sexual i reproductiva</b>	
Salut reproductiva Responsabilitat sobre la maternitat Dominades en el sexe Essers per l'amor: estimen Heterosexualidad normativa Amor	Salut sexual Desresponsabilització sobre la paternitat Dominació en el sexe Subjecte d'amor: son estimats Heterosexualidad normativa Sexualitat

Font: Creació pròpia

\*El Diccionari d'Estudis Catalans defineix els esterotips com " el conjunt d'idees preconcebudes que un grup o una societat obté a partir de les normes o patrons culturals prèviament establerts.

Els estereotips de gènere són sexistes en tant que són construccions culturals que assignen, de manera desigual i discriminatòria, diferents papers, actituds i característiques a cada un dels sexes. Són generalitzacions basades en idees preconcebudes i prejudicis que es tenen sobre com han de ser les persones. Aquests estereotips fixen un únic model de ser homes i un únic model de ser dona, vàlids socialment, i a partir d'aquest imatge tòpica construïda s'estableix un sistema desigual de relacions entre els dos sexes<sup>9</sup>

## SEXISME

(discriminació per sexe)

Relacions de gènere injustes basades en pràctiques institucionals i interpersonals on els membres del grup dominant (habitualment els homes) adquireixen privilegis subordinant els integrants del altres gèneres (habitualment les dones) i justifiquen aquestes pràctiques mitjançant ideologies de superioritat o diferències<sup>7</sup>.

*Ex: L'autoritat, en general, continua estant en poder dels homes. Les dones constitueixen a Espanya aproximadament el 80% de les persones treballadores de la salut però només una*

## IGUALTAT vs EQUITAT

### DISCRIMINACIÓ

**Igualtat:** refereix a igual tractament a homes i dones en les lleis i la política així com igual accés als recursos i serveis dins les famílies, les comunitats i la societat en general. *Es la fita a assolir*<sup>4</sup>.

**Equitat de gènere:** significa justícia en la distribució dels beneficis i responsabilitats entre homes i dones. Per assolir aquesta justícia han d'existir mesures (específiques per homes i dones) per compensar les desavantatges històriques i socials que impedeixen les dones i els homes funcionar sobre una base equitativa. *És el mitjà per aconseguir la igualtat*<sup>4</sup>.

*Ex: calen mesures que compensin la major dedicació de les dones a la criança o la cura de la gent gran.*

**Discriminació de gènere:** esdevé qualsevol distinció, exclusió o restricció feta sobre la base dels rols i normes socialment construïdes que impedeixen que una persona gaudeixi plenament dels seus drets humans<sup>4</sup>.

*Ex: tant el món científic en general com el de la investigació continua dominat per els homes i per unes regles no escrites que dificulten l'accés de les dones a l'alta investigació.*

## EL SISTEMA SEXE / GÈNERE <sup>10</sup>

El marc conceptual que s'utilitza per analitzar els determinants de gènere per a la salut, és la **concepció biopsicosocial** de l'esser humà, sistema en el que s'interrelacionen els aspectes biològics, els socials i els psíquics. Aquesta concepció percep l'esser humà compost per 3 esferes:

- *la biològica*: el cos, les disposicions genètiques, l'anatomia, la fisiologia.
- *la social*: que es forma mitjançant el vincle i les relacions amb les altres persones. Aprenem els papers que hem d'adoptar en cada relació: mare-pare, professional, jove... . Aquests papers estan socialment construïts i acabem identificant-nos amb ells.
- *La psíquica*: es correspon amb el món interior on estan les representacions de nosaltres mateixos/es i les representacions de la realitat exterior. Són els records, els afectes, els ideals, el desig.

Aquestes tres esferes estan en continua interacció, d'aquí que s'influeixin mútuament entre elles i que l'esfera biològica sigui influenciada igualment per les altres dues esferes (taula 3)

La salut-malaltia està influenciada per tots tres factors que han de ser tinguts en consideració alhora de fer la intervenció professional.

## EL SISTEMA SUBJECTE -SEXE- GÈNERE<sup>10</sup>

### (taula 3)

Sara Velasco (2009) assenyala que aquest sistema en ajuda a entendre el lloc que ocupa el sexe dins el sistema biopsicosocial i explica que:

El **cos** porta la diferència anatomo-fisiològica que determina l'adscripció a *sexe biològic*. Això situa a dones i homes en extrems corporals de **famella i mascle**. Aquest dimorfisme sexual és el que constitueix la norma heterosexual hegemònica i exclou les variacions contínues del cos sexual que es dona per motius genètics i biològics diversos: els intersexes. És important conèixer i visibilitzar aquesta evidència perquè aquesta normalitat hegemònica deixa excloses a les minories sexuals (que atenem també en la consulta) i que no són formes patològiques sinó de la normalitat humana.

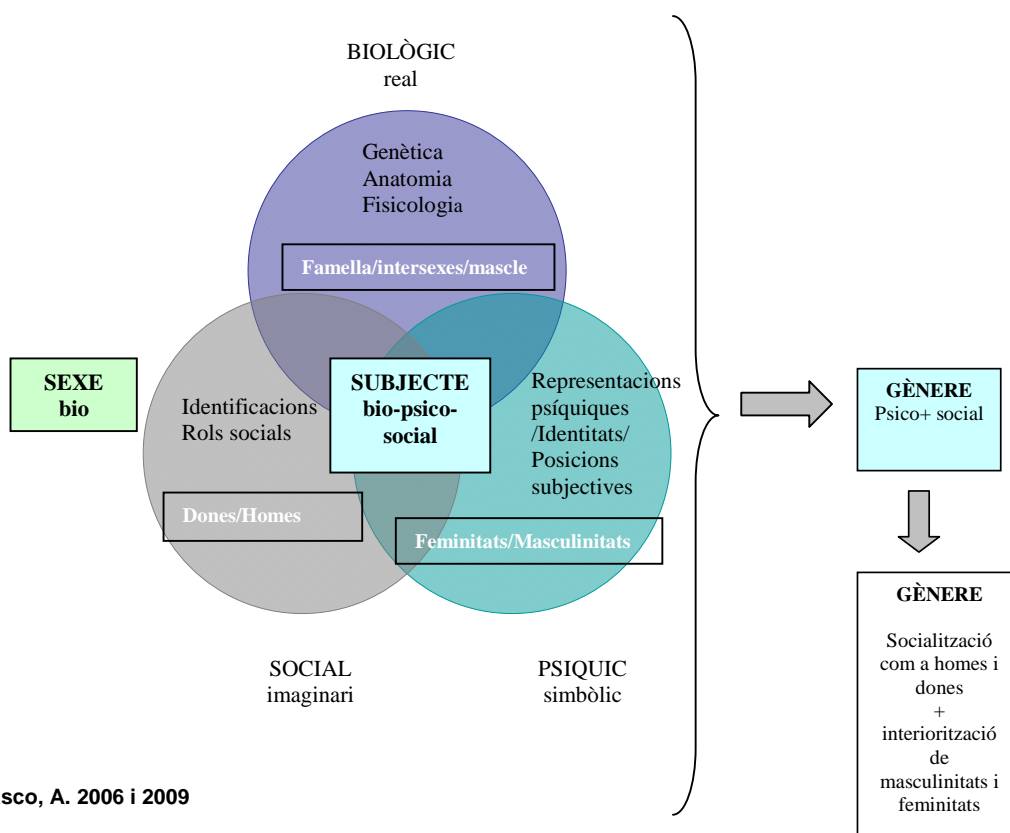
En la **societat** ens adscriuim com a **dones o homes**. Aquesta identificació es produeix per la relació-vincle amb les altres persones i ve acompanyada de significats (imaginari) i rols concrets (papers i funcions que la societat atorga a individus nascuts femella o mascle) que atorguem a l'estat corporal de femella i mascle o altres estats sexuals. Aquesta identificació és però una construcció social -que varia segons les cultures- i que demostra que no hi ha una única manera de ser dona o home. *Tenir constància d'això ha de permetre obrir-nos a allò que és normatiu i a considerar la diferència com a un element no subordinant.*

L'**esfera psíquica** és allò que constitueix les posicions subjectives de **feminitat i masculinitat** que no són idèntiques a la realitat i que estan mediatitzades per desig, la fantasia, el lloc que ocupen respecte als altres sexuals i allò que ens provoca a cadascú/a de nosaltres.

El transit d'allò biològic de *femella/masclle*, a allò social *dones/homes*, a allò psíquic *feminitat/masculinitat* és cultural, està construït i per tant pot ésser canviat i resignificar-se . Ex. La transsexualitat

**Hem de qüestionar la distribució binària i correlativa que fins ara ha estat el marc de referència de veure les persones i per atendre-les.**

**Taula 3. Sistema Subjecte-sexe-gènere**



Font: Velasco, A. 2006 i 2009

**Entendre aquest sistema i de que es tracten cadascuna de les esferes ens permet dotar d'objectivitat a allò que veiem en les persones a les que atenem i tenir en compte la subjectivitat que el fet de néixer i socialitzar-nos en una cultura concreta interfereix en la nostra actuació professional.**



## 3.2 L'ENFOC DE GÈNERE A LA SALUT

Aplicar l'enfoc de gènere a la salut **és tenir en compte** <sup>10,11</sup>:

1

**QUE** les persones son sempre home o dona i pot haver *diferències per sexe* en l'estat de salut i en l'atenció als serveis.

De vegades la salut/malaltia no pot ser tractada de la mateixa manera en homes i en dones

2

**QUE** hi ha una construcció cultural diferent per cada sexe (gènere) que determina relacions entre les dones i els homes (encara es discrimina i menysvalora allò femení i existeixen relacions de poder entre homes i dones). Són les relacions de gènere que influeixen en la salut.

3

**QUE** les diferències en salut (causades pel sexe o per qüestions relacionades amb el gènere) poden ser discriminatòries, injustes i evitables. Es converteixen en *desigualtat i inequitats* tant en l'estat de salut com en l'atenció sanitària.

*Ex. Els homes pateixen una sobreexposició als serveis sanitaris, ja que són més hospitalitzats, cosa que es pot evitar i a les dones se'ls hi prescriuen tranquil·litzants amb més facilitat que als homes.*

4

**QUE** els diferents models, rols i identitats de gènere produeixen actituds i conductes en homes i dones que fan vulnerable la seva salut. **QUE** hi ha necessitat de deconstruir els mites al respecte

*Ex. Les dones estan més exposades a la doble jornada, tenen llocs de treball menys qualificats i en pitjors condicions i acumulen més malalties cròniques. Els homes tenen hàbits menys saludables i assumeixen més riscos per a la salut.*

5

**QUE** l'Anàlisi de gènere no és una qüestió que es refereix únicament a les dones sinó també als homes

6

**QUE** en ocasions hi ha necessitat de donar respostes diferenciades d'acord amb les necessitats especials de les dones i els homes

7

Conèixer que els problemes o les situacions de salut poden ser:

- *Específics en cada un dels sexes: D: càncer cervico uterí H: hemofília.*
- *Més prevalents en un dels sexes: D: anèmia per deficiència de ferro H: més mortalitat per lesions.*
- *Amb característiques diferenciades per a cada sexe: manifestació diferent de l'infart de miocardi.*
- *Factors de risc diferents per cada sexe: D: més risc de patir abús sexual H: més risc d'abusar de l'alcohol.*

### 3.3 LINEES DE L'ENFOC DE GÈNERE A LA SALUT

Conèixer les **línees d'enfoc de gènere que actualment s'estan desenvolupant** i incorporar els valors i les categories que cadascuna d'elles contempla, ens permet adoptar un enfoc (de gènere) integrat que tracta d'abordar el problema de les desigualtats de gènere en la salut i en la salut sexual i reproductiva, des de tots els aspectes dels que actualment disposem, que són:

- Les necessitats específiques de la salut de les dones i els homes
- La morbiditat diferencial
- L'atenció a les desigualtats i inequitats de gènere
- L'anàlisi dels factors determinants psicosocials de gènere.

Les línees d'enfoc de gènere amb les que es treballen es presenten a la següent taula<sup>10</sup>:

**Taula 4.**  
**Línees conceptuais i d'acció en salut de les dones**

	SALUT DE LES DONES	DESIGUALTAT DE GÈNERE	ANÀLISI DE DETERMINANTS DE GÈNERE
<b>Fonament</b>	Les dones tenen problemes específics que requereixen atenció específica.	La situació socials dels sexes és diferent i discriminatòria i porta a desigualtat i equitat.	Les actituds, vivències i formes de viure, emmalaltir, consultar i morir estan influenciades pels determinants psicosocials de gènere.
<b>Objectiu</b>	Les dones. Atendre els problemes de salut propis de les dones: reproducció, climatèria... Saber que els hi passa.	Els homes, les dones i la discriminació. L'assoliment de la igualtat i l'equitat entre els sexes. Saber què és diferent i desigual entre els sexes.	Els homes, les dones i les seves relacions. Transformar relacions de poder-subordinació y posicions subjectives de dones i homes. Saber per què són les diferències entre sexes.
<b>Mètode</b>	Identificar necessitats i proporcionar recursos específics diferenciats per les dones i per els homes	Identificar les desigualtats per sexes i visibilitzar la diferent morbiditat. Pendre mesures socio-polítiques-sanitàries per a la igualtat i l'equitat.	Analitzar y transformar els determinants de gènere socials (models) i psíquics-subjectius (rols, actituds y significats subjectius).
<b>Productes</b>	Programes d'atenció a problemes de les dones.	Investigació i atenció a morbiditat diferencial i desigualtat d'accessibilitat, atenció: esbiaixos de gènere, amb elecció de variables amb potencial explicatiu de gènere.	Investigació de determinants i promoció de models d'intervenció col·lectiva y clínica pr canviar les actituds de determinants de gènere

Font: Velasco, A. 2009

### 3.4 PRINCIPIS I VALORS DE L'ENFOC DE GÈNERE

L'aplicació de la perspectiva de gènere **com a eina d'anàlisi i reflexió i d'intervenció** en l'exercici de la feina de les llevadores , té com a principis i valors<sup>10</sup>:

- **L'assoliment de la igualtat i l'equitat de gènere.** Disminuint les desigualtats en l'estat de salut d'homes i dones i promovent l'equitat en l'atenció i en els recursos diagnòstics i terapèutics adequats a les necessitats, obstacles i oportunitats (Declaració de Madrid, OMS, 2001)<sup>f</sup>
- **Adoptar un model biopsicosocial.** Que permeti assolir una visió integral de la salut, que tingui en consideració els factors determinants de la biologia alhora que els determinants socials i de l'esfera subjectiva i psicològica.
- **Visibilitzar les dones com a subjectes, les seves necessitats i la seva morbiditat diferencial.** Històricament s'ha invisibilitzat les dones per sota dels patrons masculins.
- **Apoderar i fer autònomes les dones.** Implica incrementar el poder de les dones en la presa de decisions sobre la seva salut i sobre l'exercici dels seus drets sexuals i reproductius. Les situacions de subordinació, dependència i falta de control són les de major vulnerabilitat i posen en risc la seva salut. Escoltar-les i recollir la seva visió, experiència, circumstàncies i necessitats.
- **Evitar la medicalització excessiva.**  
En tant que la patologització de la vida i dels processos vitals de les dones han estat formes d'adaptació i usurpació sobre el control de les seves pròpies vides. Aquest ha estat el cas de la medicalització excessiva del procés del part i del naixement. Cal reconèixer l'artificialitat de la medicalització actual i retornar a les dones el poder sobre etapes vitals i fisiològiques com l'embaràs, el part, la criança o la menopausa.
- **La transformació sociocultural i d'actituds**  
Per eradicar els models i estereotips socials de gènere que contribueixen a mantenir a homes i dones en relacions de poder/subordinació causants de la vulnerabilitat i canviar les actituds personals.
- **La interacció amb d'altres factors d'estratificació social com edat, classe social, situació laboral, nivell educatiu, ètnia, estatus migratori, orientació sexual.**  
Els determinants socials i psicosocials de gènere són diferents segons les condicions socials i porta a discriminacions no tenir-les en compte.
- **Participació.** Per treballar sobre necessitats i transformar les estructures, el context i a les persones és necessària la participació (de professionals i de les dones i dels homes).
- **Atendre als homes donant-los l'atenció que necessiten i el lloc que ocupen en la salut sexual i reproductiva ( i en la salut en general).**  
Aquest aspecte és fonamental, ja que no es pot treballar per les dones sense treballar amb els homes per tal de que s'estableixin relacions igualitàries i és responsabilitzin del que significa la seva sexualitat i la de l'altre, de la paternitat, d'un embaràs no desitjat, de l'avortament, etc.

---

<sup>f</sup> Al punt 4 del present treball com apareixen aquestes inequitats en la salut i en la salut sexual i reproductiva

## 3.5 APORTACIONS A LA NOSTRA FEINA

Ens ajuda a:

- ✓ **Aportar rigor científic a la feina de les llevadores** en tant que enriqueim la comprensió que tenim dels processos que produeixen la salut, la malaltia i l'atenció, ja que ens revela una sèrie de components que tot i estar estretament relacionats amb les categories de classe i ètnia, tenen una dinàmica i una capacitat d'explicació de la realitat relativament autònoma. No és que el gènere actuï aïlladament, sinó que ho fa conjuntament amb els altres estratificadors socials, com els de classe, raça i orientació sexual. *Per exemple: el gènere i la pobresa sovint es combinen per crear barreres múltiples al benestar de les dones*<sup>1</sup>.
- ✓ **A complir la llei.**  
Al reglament jurídic espanyol tenim la *Llei Orgànica 3/2007, de 22 de març per a la igualtat efectiva de dones i homes* que integra els principis d'igualtat i perspectiva de gènere la política de salut<sup>12,9</sup>
- ✓ Que els homes i les dones a les que atenem rebin una **atenció de qualitat i que garanteixi els seus drets sexuals i reproductius** i el seu exercici de manera saludable.
- ✓ Permet **assolir una major equitat i igualtat en l'atenció** a les dones i als homes a les consultes i en el repartiment de recursos i tractaments.

en definitiva, ens permet tenir una mirada més àmplia de la realitat.

---

<sup>9</sup> A L'ARTICLE 27 de la llei 3/2007 es parla de la Integració del principi d'igualtat en la política de salut i cita:

1. Les polítiques, estratègies i programes de salut integraran, en la seva formulació, desenvolupament i avaluació, les distintes necessitats de dones i homes i les mesures necessàries per abordar-les adequadament.

2. Les administracions públiques garantirán un mateix dret a la salut de les dones i els homes, a través de la integració activa, en els objectius i en les actuacions de la política de salut, del principi d'igualtat de tracte, evitant que per les seves diferències biològiques o pels estereotips socials associats es produeixin discriminacions entre les unes i els altres.

3. Les administracions públiques, a través dels seus serveis de salut i dels òrgans competents en cada cas, hauran de dur a terme d'acord amb el principi d'igualtat d'oportunitats, les actuacions següents:

a) l'adopció sistemàtica, dins de les accions d'educació sanitària, d'iniciatives destinades a afavorir la promoció específica de la salut de les dones, així com a prevenir-ne la seva discriminació.

b) El foment de la recerca científica que atengui les diferències entre dones i homes en relació amb la protecció de la salut, especialment pel que fa a l'accessibilitat i l'esforç diagnòstic i terapèutic, tant en els aspectes d'assajos clínics com assistencials.

c) La consideració, dins de la protecció, promoció i millora de la salut laboral de l'assetjament sexual i l'assetjament per raó de sexe.

d) La integració de principi d'igualtat en la formació del personal al servei de les organitzacions sanitàries garantint especialment la seva capacitat de detectar i atendre les situacions de violència de gènere.

e) La presència equilibrada de dones i homes en els llocs directius i de responsabilitat professional del conjunt del Sistema Nacional de Salut.

f) L'obtenció i el tractament desagregats per sexe, sempre que sigui possible, de les dades contingudes en registres, enquestes, estadístiques o altres sistemes d'informació mèdica i sanitària.

## 3.6 RESULTATS DE L'APLICACIÓ DE LA PERSPECTIVA DE GÈNERE A LA INTERVENCIÓ EN SALUT SEXUAL I REPRODUCTIVA

Treballar integrant aquesta òptica a la feina de llevadora aconseguirem:

✓ **Assegurar la equitat en l'atenció i l'accés als serveis<sup>10</sup>.**

Els estereotips de gènere condicionen l'atenció que dispensem a dones i homes i produeixen una no resposta de les necessitats concretes que tenen cadascun/una d'ells i elles i un menor esforç diagnòstic i terapèutic en les dones en determinades malalties.

✓ **Dispensar una atenció de qualitat.**

Sense distinció de sexe i garantint l'atenció necessària a homes i dones i l'exercici dels drets de les persones a una vida sexual i reproductiva saludable.

✓ **Desenvolupar els factor protectors de gènere del homes i les dones<sup>h</sup>.**

Per evitar els riscos que les relacions de gènere tenen per dones i homes quan estan configurades com a relacions de poder o es generen contradiccions entre els ideals socials i personals. Cal promocionar entre les dones i els homes les relacions que permetin guanyar en autonomia, capacitat de realització personal i relacions no dependents i igualitàries que protegiran a les persones.

✓ **Implicar la població en les decisions sobre la salut i en l'atenció que se'ls hi dispensa.**

Tot reconeixent les seves necessitats, els seus coneixement i capacitats de decisió i canvi.

✓ **Potenciar la prevenció primària evitant confondre aquesta amb l'assistència mèdica i amb malalties.**

Potenciant l'educació per a la salut, l'exercici físic, els coneixement de l'ansietat i de l'estrès que condicionen la salut sexual i reproductiva d'homes i dones, la investigació dels efectes dels estrògens ambientals en la capacitat reproductiva de les persones, controlant o disminuint la consideració i per tant medicalització de situacions relacionades amb la salut sexual i reproductiva que no son malaltia (*p.ex. absència o excés de desig sexual, dificultats per concebre, etc...*)

---

<sup>h</sup> Al punt 5.3 del document. s'especifiquen quins són aquest factors (que han estat assenyalats aquí de manera introductòria).

## 4. COM APAREIX LA INEQUITAT DE GÈNERE A LA SALUT SEXUAL I REPRODUCTIVA

Aquestes iniquitats apareixen perquè sobretot les dones, però també els homes, mostren una vulnerabilitat cultural de gènere que es reflexa en aspectes com<sup>1</sup>:

### ✓ **Afectivitat i sexualitat**

L'afectivitat sempre s'ha associat a les **dones** i s'ha relacionat estretament amb la salut reproductiva enfocada quasi exclusivament a les dones. La sexualitat i la salut sexual s'ha enfocat als **homes**.

### ✓ **Us dels mètodes anticonceptius**

A les **dones** se'ls hi ha assignat fins ara més responsabilitat en l'anticoncepció però els ha resultat més difícil poder accedir a ella i negociar l'ús de certs mètodes. A l'hora de la seducció i de l'acte sexual s'imposen les construccions de gènere i les normes social que dificulten el seu ús. Les dones tenen més dificultats per portar un preservatiu per trobades puntuals en tant que encara es qüestiona la seva decència i se'ls hi considera "dones fàcils". L'anticoncepció masculina no ha estat gaire treballada en els programes de salut dels **homes** i la responsabilitat de l'embaràs no ha recaigut sobre ells de la mateixa manera donat que la salut reproductiva no s'ha associat tan directament a ells (com sí s'ha fet amb la salut sexual).

D'altra banda la investigació sobre la salut sexual i reproductiva dirigida des de la indústria farmacèutica afirmant durant molts anys que els anticonceptius hormonals eren innocus –tot i no poder garantir-ho- i el no investigar o proposar l'ús d'anticonceptius hormonals masculins ha descarregant la responsabilitat i els riscos de l'anticoncepció exclusivament en les dones.

Encara hi ha controvèrsia en la dispensació d'anticonceptius d'emergència.

### ✓ **Embarassos no desitjats (qui els ha d'evitar, qui l'ha de dur a terme)**

Ja hem dit que a les **dones** se'ls hi ha assignat la responsabilitat en l'anticoncepció tot i les dificultats amb les que s'han trobat per accedir amb ella i negociar l'ús de certs mètodes ja que es troben en una situació de menys poder. Aquestes dificultats estan relacionades amb la situació de pobresa i amb els processos de socialització patriarcal, sexistes i jeràrquics. *Ex. Molt embarassos d'adolescents i dones adultes han estat fruit de la violència sexual, o d'agressions menys evidents com l'assetjament sexual o el xantatge emocional, o de les relacions sexuals no protegides o no pactades.*

Els **homes** se senten socialment obligats a aprofitar qualsevol oportunitat sexual encara que no estiguin preparats per evitar un embaràs sota el motiu de veure qüestionada la seva masculinitat.

Encara ara hi ha controvèrsia entre alguns professionals en la lliure dispensació d'anticonceptius d'emergència per evitar un embaràs no desitjat.

### ✓ **Avortament**

Les dificultats amb les que les dones es troben alhora de poder decidir sobre aquesta qüestió, estan relacionades amb elements com: que el rol de la dona encara està molt lligat a la reproducció, que recau potencialment sobre ella; amb el control sobre la sexualitat femenina i la vulneració del dret de la dona a decidir sobre la seva sexualitat i el seu cos. Aquestes dificultats es tradueixen en pressions socials (qüestionar la dona), culturals (la resistència del sistema a que els homes perdin el control de la sexualitat femenina), religioses (la resistència de l'Església a canviar els paradigmes

que la sustenten) i polítiques (assumir una gestió que vetlli pels drets de les persones i el cost econòmic que això implica)

#### ✓ **VIH/ITS**

La posició de les **dones** davant les ITS i el VIH, està determinada per qüestions com: les dificultats de negociació de l'ús del preservatiu que moltes dones tenen davant les seves parelles i el fet que les dones són fisiològicament més vulnerables a adquirir la malaltia en una relació sense protecció perquè tenen la mucosa exposada a les secrecions de la seva parella i perquè la constitució de les seves parets vaginals són més susceptibles a les microruptures i sagnats, que augmenta el risc si és producte d'un coït a la força<sup>13</sup>.

Als **homes** se'ls hi assigna el paper rellevant en la salut sexual (com a mitjà de valoració social i com a font de poder sobre les dones i sobre altres homes més dèbils –p.ex els homosexuals-) i que aquest es relaciona amb la manera de viure i exercir la sexualitat la qual està vinculada amb conductes que posen en risc la seva pròpia salut, en especial contra la salut sexual arrossegant amb ells les seves parelles. L'exigència de demostrar la virilitat i mantenir la pràctica sexual amb intensitat els hi exposa a majors riscos davant les ETS i el VIH.

#### ✓ **Fertilitat /Esterilitat**

La infertilitat i la no voluntat de ser mares afecta dramàticament molt a les dones en tant que és el que la societat espera d'elles pel fet de ser-ho. Ser mare augmenta la valoració social i no ser-ho qüestiona la orientació sexual o la capacitat d'atreure homes. També ho és pels homes en tant que han de provar la seva heterosexualitat per esser reconeguts socialment com a homes (i deixar embarassada una dona és una manera socialment acceptada de fer-ho en una cultura on impera encara de manera tan determinant la masculinitat hegemònica).

Homes i dones pateixen les conseqüències negatives sobretot en l'esfera psíquica i emocional: els homes perquè són objecte de burles i del qüestionament de la seva masculinitat hegemònica que afecta la seva autoestima i les dones perquè no compleixen les expectatives socials relacionades amb el fet de ser dones i perquè veuen qüestionada la vàlua i imatge de la seva parella.

#### ✓ **Violència masclista**

Aquesta violència afecta exclusivament les dones i és exercida per homes. L'agressió sexual és una de les formes en les que es manifesta i reflexa el control que l'home exerceix envers la dona a través del control de la seva sexualitat i com a mostra i eina de l'exercici del poder hegemònic que amb ell se li atorga. L'atenció en salut sexual i salut reproductiva ofereix un espai propici per prevenir, detectar i abordar la violència masclista. Cal no oblidar que, en molts casos, aquesta violència apareix o augmenta quan hi ha un embaràs.

#### ✓ **Part**

Els programes de preparació al naixement tot i tenir una bona cobertura, són sovint restrictius en tant que s'orienten en ocasions als aspectes de control de l'embaràs i la preparació al part, cal millorar la metodologia didàctica i educativa i aconseguir una educació maternal i paterna que permeti la responsabilització de la mare i al pare en la cura dels fills, al igual que incorporar els diferents models de família en aquesta cura. Respecte a l'atenció de la dona en el part als centres hospitalaris, encara ens trobem, tot i que ha hagut avenços, que hi ha una alta taxa d'instrumentalització del part i escassetat en l'oferta d'altres modalitats de part (al domicili, postures adaptades etc...) fent un part excessivament medicalitzat a on l'autonomia de les dones i les seves parelles en la presa de decisions ha de millorar substancialment en la pràctica assistencial.

L'evidència científica ens diu que la millora de l'autonomia de les llevadores i el fet que siguin elles les que atenen el part reverteix en un major apoderament de les dones, una disminució de les taxes de cesàries i instrumentació del part i major satisfacció materna.

Cal assenyalar també que la **objecció de consciència** dels i les professionals en temes com p.ex l'avortament, que anteposa els interessos professionals als drets sexuals i reproductius de dones i homes reconeguts en conferències com les del Cairo i Beijing és una altre dels aspectes que reforcen les inequitats de gènere en la salut sexual i reproductiva i en la salut en general.

D'altre banda és molt important conèixer que l'existència d'aquestes inequitats en la salut sexual i reproductiva estan també condicionades per l'existència **d'esbiaixos de gènere** en la medicina. Segons Carme Valls (2001) aquests es manifesten de tres maneres diferents<sup>14</sup>:

- ✓ *Partint de la suposició que els problemes i riscos per dones i homes són iguals quan no ho són.*

Els factors de risc i de protecció per la salut detectats en els homes s'han extrapolat directament a les dones (p.ex. l'efecte protector de l'àcid acetilsalicílic contra els problemes cardiovasculars en l'home no s'ha pogut provar mai en les dones). Pel contrari, factors de risc que són molt important per la salut de les dones (com els que es produeixen per la sobrecàrrega desigual en el maneig de les famílies i el treball domèstic) encara han de ser plenament investigats.

- ✓ *Partint de la base que existeixen diferències biològiques i psicològiques on només hi ha similituds.*

Se suposa que existeixen diagnòstics diferents més prevalents entre dones que en homes sense que s'hagin provat (p.ex. les dones són més depressives, més ansioses, o senten subjectivament més dolor). Això es pressuposa sense haver utilitzat mètodes diagnòstics adequats als problemes d'homes i dones.

- ✓ *Partint de la suposició que els problemes de salut són provocats només per la discriminació cultural i social, sense d'altres interferències basades en les diferències biològiques.*

Carme Valls (2001) assenyala les paraules de J. Mackinlay per referir-se a les limitacions que la mirada esbiaixada en la salut ha generat: "donar més importància a les circumstàncies socials que als processos psicofisiològics en els processos de malaltia o viceversa és un posicionament destructiu per reduccionista que té com a resultat una incompleta i de vegades poc rigorosa explicació dels fenòmens. Aquest rigidesa que s'ha donat històricament en la medicina ha conduït a una investigació mal enfocada, a unes avaluacions inapropiades i a unes intervencions mal concebudes relacionades amb la malaltia".

Alguns esbiaixos de gènere en l'atenció primària son els que a continuació es presenten:

- ✓ *En la valoració i escolta dels símptomes.* Aquest esbiaix es dona perquè el o la professional de la salut no està format en morbiditat diferencial, es a dir, les patologies més prevalents entre el sexe femení. Val dir que tampoc no hi ha o encara hi ha molt poca ciència sistematitzada per apreciar la diferent expressió de simptomatologia d'algunes malalties segons el sexe de les pacients (ex. que els símptomes més prevalent en les dones són el dolor, el cansament, el mal de cap, d'esquena o les articulacions). A més això es reforça quan al nostre inconscient com a persones (i professionals) hi ha creences i esbiaixos de gènere que moltes vegades fa que



s'emiteixin comentaris poc adequats que generen processos de iatrogènia verbal<sup>i</sup> i culpabilització. (ex. Pensar que les dones es queixen més o més fàcilment que els homes i en excés que ells per motius emocionals; dir a una dona que els que li passa és que "està molt estressada" o que "no s'organitza bé" sense tenir en compte els efectes de la doble jornada i de que socialment se li assigna a ella aquesta obligació).

- ✓ *En l'avaluació dels valors "normals de laboratori"* . En agafar els valors de referència per avaluar les situacions mèdiques de les dones des de una normalitat errònia, la masculina o bé sense comptar als estudis que correlacionen clínica i qualitat de vida en els paràmetres bioquímics.
- ✓ *A l'indicar exploracions.* Es dona quan es parteix de proves que detecten morbiditat prevalent en homes i aquesta s'extrapola a les dones, quan es fan menys proves exploratòries i intervencions a les dones  
(ex. un estudi va demostrar que quan s'ingressa una dona a l'hospital amb dolor toràcic era més probable que se li fessin menys les tècniques exploratòries que a un home a igualtat de problemes i que s'indiqués un tractament quirúrgic amb el resultat de que l'índex d'infart en les dones que eren donades d'alta era major).
- ✓ *En el tractament.* Les dones reben molts més ansiolítics i antidepressius en la primera visita que els homes però no reben hipnòtic, barbitúrics o antipsicòtics. A les dones se'ls hi diagnostica més fàcilment depressió o ansietat i als homes alcoholisme o consum d'alcohol.

**Només la visió dels problemes de salut basats en allò biològic, psicològic i social ens pot aportar un model per estudiar les desigualtats i inequitats de gènere en l'àmbit de la salut i acabar en els esbiaixos de que es donen a la pràctica de la salut.**

---

<sup>i</sup> Carme Valls es refereix amb el terme *iatrogènia verbal* a la sensació d'angoixa que es genera en les dones o homes quan els professionals de la salut comenten exploracions en veu alta i moltes vegades de manera superficial. Ex. "Té vostè els ossos com una dona de 80 anys" tenint la dona 40 o "Té la columna destrossada" o "Que els seu marit la continuï maltractant depèn de vostè, s'ha de separar ja i denunciar" (en una cas de violència masclista de parella)

# 5. LA PERSPECTIVA DE GÈNERE APLICADA A LA FEINA DE LES LLEVADORES

## 5.1 EINES PER APLICAR A LA PRÀCTICA PROFESSIONAL DE LES LLEVADORES

Hi ha diverses eines que ens permeten utilitzar la perspectiva de gènere en l'abordatge de la salut sexual i reproductiva. Algunes d'elles són:

- **Llenguatge no sexista.**

Utilitzar el llenguatge inclusiu o no sexista té per objecte i es tracta d'utilitzar un llenguatge que visibilitzi a les dones i d' evitar que continuïn estant amagades sota el genèric masculí<sup>j</sup>, en aquest sentit i a tall d'exemple, cal parlar de criatura en lloc de nadó (masculí) tal i com, entre d'altres, exemples podem veure en la taula 5.

Alguns exemples a tenir en consideració en relació al llenguatge són els que apareixen a la taula 5:

**Taula 5<sup>16</sup>**  
**Exemples ús llenguatge no sexista/inclusiu**

### LLENGUATGE VERBAL. DIRIGINT-NOS A LA DONA O A L'HOME

- EVITAR:
  - TUTEJAR LES DONES: És habitual que a les dones quan van a fer-se alguna prova (radiografia, mamografia etc..) per grans que siguin, se'ls hi tracti de tu. La major part de les vegades aquest tuteig té per objecte l'aproximació a la dona i no té cap mal intenció. No està de més però pregunta'ls hi com volen que se'ls tracti.
  - DIMINUTIUS per nomenar les parts del cos de les dones: ex. puja els bracets, treguis les calcetes, posi aquí les manetes, estigui tranquil·leta, etc, .
  - NOMENAR-LES NOMÉS PEL SEU NOM en comptes de pel nom i cognom o no afegir senyora davant.
  - DIR EPÍTITES per nomenar-la com: ex. carinyo, reina ....

<sup>j</sup> El llenguatge és com un mirall que reflecteix la societat que l'utilitza; una eina que vehicula el pensament, organitzant-lo i estructurant-lo, incorporant creences, valors, prejudicis i estereotips.

L'asimetria entre els conceptes masculins i els femenins, el genèric masculí com a pretès universal o l'exclusió de les dones en tant que subjectes del discurs, són els principals biaixos discriminadors en l'ús del llenguatge

Tanmateix, totes aquestes pràctiques lingüístiques discriminatòries poden ser modificades i conseqüentment eradicades. El canvi és possible, perquè la llengua és una construcció humana, un instrument viu en constant transformació i, com a tal, susceptible de ser modificat de forma conscient. Cal fer, doncs, un esforç per adaptar el llenguatge a les noves necessitats de la societat i abandonar definitivament qualsevol ús discriminatori, ja sigui sexista o androcèntric<sup>15</sup>.

Per molt bona intenció que es tingui amb aquesta manera de tractar les dones, és evident que aquests elements tendeixen a infantilitzar-les i a deixar-les en un estat de desprotecció que les pot fer sentir amb la sensació que és el que han de viure perquè és habitual i no hi ha mala intenció. No es té en compte que es troben en una situació d'indefensió i amb poca capacitat de resposta: subordinades a la relació jeràrquica amb el o la professional que les atén que pot ser una persona desconeguda, i que potser estan preocupades pel seu estat de salut.

Aquest tracte allunya a les dones de la condició "d'home adult" i és fruit de la voluntat de proximitat a les dones i de que en les facultats i en les institucions no s'aborda específicament com ha de ser el tracte a les persones (dones i homes) a les que atenem.

## LLENGUATGE ESCRIT/VERBAL

- Incloure als comunicats, tríptics i/o fulletons informatius que es dissenyin que s'adreça a les mares i als pares (la tendència habituals és a adreçar certa informació a les mares novells o a les mares exclusivament donant a entendre que són les úniques responsables del fill o la filla i invisibilitzant els pares d'aquesta responsabilitat):

*Ex. les caigudes s'ha reduït molt des de que es va incloure informació sobre com prevenir-les a una guia adreçada a les mares(i als pares)*

- Evitar utilitzar el masculí considerant que ja s'inclou les dones (i evitar fer aquesta observació). Utilitzar genèrics o articles el/la en el cas que no hi hagi la possibilitat d'utilitzar genèrics: ex. l'equip professional, el personal professional, professionals de la salut, l'infermer o la infermera –ja que no hi ha genèric aquí)

### Redacció habitual

- *Nen- Nens. Nadó*
- *Els joves, adolescents*
- *Pacient*
- *Usuaris*
- *Adreçat als professionals del centre*
- *Infermers /metges*
- *Visita a l'especialista, al metge de capçalera o a la infermera*
- *Els serveis i professionals sanitaris*
- *Anar al seu metge habitual*
- *Estem molt interessats en conèixer la seva opinió*

### Redacció alternativa (inclusiva)

- *Nen i nena, nens/es. Criatura.*
- *Els joves- els adolescents i les joves, les l'adolescent*
- *Usuari/a, la dona - l'home*
- *Persones usuàries*
- *Adreçat a l'equip/cos de professionals*
- *Professionals de la infermeria o de la medicina*
- *Visita al o la especialista o al metge i la metgessa de capçalera o a la infermera o a l'infermer*
- *Els serveis i professionals de la sanitat, de la salut*
- *Anar al metge o metgessa (metge/essa) habitual. Anar a la consulta o al servei mèdic habitual.*
- *Tenim molt d'interès en conèixer la seva opinió*

- Transmissió mare-fill
- La salut és un dret bàsic dels ciutadans
- Com a usuàri, vostè té uns drets i unes obligacions. Entre *d'altres a ser atès amb el major respecte, correcció i comprensió; així com a rebre informació sobre el seu estat de salut i de les avantatges i inconvenients de les proves diagnòstiques i tractaments terapèutics als que ha de ser sotmès*
- El naixement *del bebè*

- Transmissió mare- fill/filla (fill/a)
- La salut és un dret bàsic de la ciutadania.
- Com a persona usuària, vostè té uns drets i unes obligacions. Entre *d'altres el dret a que l'atenguin amb el major respecte, correcció i comprensió; així com a rebre informació sobre el seu estat de salut i de les avantatges i inconvenients de les proves diagnòstiques i tractaments terapèutics als que s'hagi de sotmetre.*
- El naixement *del o de la bebè*

Font: Elaboració pròpia a partir de <sup>16</sup>

- **Indicadors amb perspectiva de gènere** <sup>k,4</sup>

Un **indicador sensible al gènere** és aquell que considera els principals factors que impulsen les desigualtats existents en la salut sexual i reproductiva. Alguns exemples d'indicadors específics en el nostre camp de treball són:

- ✓ L'esperança de vida en néixer, per sexe
- ✓ La taxa global de fecunditat
- ✓ EL percentatge destinat a salut sexual i reproductiva del pressupost de salut
- ✓ El percentatge de població amb accés als serveis de salut sexual i reproductiva per sexe
- ✓ L'existència d'associacions de salut sexual i reproductiva
- ✓ Número de dones i homes en el mercat laboral formal
- ✓ Número de dones i homes realitzant feines a temps parcial
- ✓ Percentatge de dones i homes en òrgans de govern, per 100
- ✓ Temps dedicat a tasques no remunerades, per sexe
- ✓ Indicador d'inclusió de l'educació sexual i reproductiva en el procés educatiu
- ✓ Percentatge d'homes i dones escolaritzat per nivells: primària, secundària i terciària
- ✓ Concepció de la maternitat i la paternitat
- ✓ Temps dedicat a la cura dels fills/es

- **Formació en gènere i salut**<sup>2</sup>.

La formació específica que s'ha d'adquirir per treballar amb perspectiva de gènere te a veure amb:

- ✓ adquirir formació específica en gènere: dels seus marcs teòrics i conceptes.
- ✓ no quedar-nos amb el model biomèdic i integrar també en la nostra pràctica professional el model biopsicosocial de les persones donat que els determinants de gènere són biopsicosocials i no biològics.

---

<sup>k</sup> Els indicadors són una mesura numèrica que ens aporta informació sobre una situació que vulguem conèixer o analitzar.

- ✓ conèixer les patologies més prevalents segons els gènere i com s'expressen els símptomes
- ✓ conèixer els esbiaixos que en la pràctica clínica es donen.
- ✓ poder reflexionar sobre nosaltres mateixos/es i capacitar-nos per treballar amb aquest enfoc. És evident que nosaltres com a persones hem estat socialitzades en els mateixos models de gènere que hem de tenir en compte per treballar amb els i **les usuàries**. Hem d'haver pogut reflexionar sobre quina és la posició al respecte que volem adoptar i els prejudicis que tenim.

Aquesta formació s'ha de desenvolupar tant en els camps assistencials com en els de promoció i prevenció.

- **Investigació en gènere**<sup>14</sup>

Fins el moment la ciència mèdica, havia estudiat "l'home" com si aquest fos l'esser humà, però ha hagut de canviar els seus paradigmes i reconèixer que existeixen diferències en la manera d'emmalaltir, de curar, de metabolitzar els fàrmacs i en les causes d'emmalaltir de dones i homes. Per primera vegada les dones estan sent estudiades com a persones, a més de com a essers reproductors i es fan visibles. L'entrada creixent de dones en la professió de la medicina també ha ajudat a incorporar aquesta nova mirada.

Cal doncs continuar fent investigació aplicant la perspectiva de gènere, la qual cosa implica entre d'altres coses:

- ✓ no reduint la investigació només a la salut sexual i reproductiva i estudiant la resta de malalties.
- ✓ incloure les dones als assajos clínics.
- ✓ ser conscient que no es poden extrapolar els resultats de les investigacions realitzades en homes a les dones.
- ✓ treballar per que hi hagi més dones que siguin directores d'investigació per dur a terme assajos clínics.

## 5.2 PAUTES PER APLICAR-LA<sup>10</sup>

### Aplicar la PERSPECTIVA/ ENFOC DE GÈNERE A LA PRÀCTICA CLÍNICA CONSISTEIX EN:

1. *Mantenir una mirada de gènere* que implica:
  - ✓ Visibilitzar a la persona que tenim al davant com a persona, i com a dona o com a home, diferents segur per ser de diferent sexe.
  - ✓ Ser capaç de veure la seva manera de veure, el què i com consulta i que els factors que poden estar contribuint a la seva malaltia poden estar condicionats pels rols i vivències de gènere
  - ✓ Mirar de canviar a nivell individual (en cada homes i cada dona) aquests processos de gènere que influeixen en la seva salut/malaltia.
  - ✓ Adoptar un model clínic biopsicosocial.
2. *Practicar una clínica no esbiaixada* que implica:
  - ✓ Mantenir una auto-observació constant i una mirada analítica sobre el que passa durant les visites amb les dones i els homes a les que atenem, que mai són neutrals, ja que són dones i homes d'una classe social, nivell educatiu, ètnia o

estatus migratori determinats, entre d'altres característiques. Parar atenció per reconèixer les actituds estereotipades que influeixen en la nostra pràctica professional (no hem d'oblidar que nosaltres com a professionals de la sanitat també estem socialitzats/des com a persones amb rols de gènere femenins i masculins i tenim característiques concretes). Quan aquestes actituds es deuen a condicions de sexe i gènere de les dones i els homes esdevenen esbiaixos de gènere que són fonts *d'inequitat en l'atenció*.

Els **COMPONENTS NECESSARIS** per una pràctica clínica amb perspectiva de gènere Són:

- ✓ *Procurar produir efectes individuals en les persones les que atenem* mirant d'aconseguir que els efectes produïts generin una transformació personal i social que apaivaguin, disminueixin i eliminin els factors de vulnerabilitat (que més endavant s'anomenaran) en la salut d'homes i dones.
- ✓ *Reconèixer els rols i identitats de gènere* com a part del procés de salut/malaltia.
- ✓ *Promoció de l'autonomia* (sobretot de les dones), *l'autoresponsabilitat i la sociabilitat de les persones* per tal que participin ella societat i en les decisions sobre la seva salut sexual i reproductiva.
- ✓ *Treballar expressament l'apoderament de les dones i la sensibilització en gènere dels homes* per tal que puguin gaudir d'una vida lliure de les limitacions que la socialització patriarcal ens imposa (som homes i dones amb comportaments, actituds, responsabilitats, posicions culturalment imposades i restrictives).
- ✓ *Redistribuir el poder en el vincle assistencial* no imposant el saber, que com a persones expertes en la matèria posseïm, a qui atenem deixant lloc al seu discurs i negociant la interpretacions dels problemes entre aquestes persones i nosaltres com a professional.
- ✓ *Considerar la dona o l'home amb qui treballem com a subjecte actiu en el procés de salut/malaltia* i no com objecte del saber i de les actuacions mèdiques. Atorgant la paraula, escoltant activament, potenciant l'enfrontament amb els problemes, reconeixent el saber que tenen sobre els seus problemes de salut, potenciar les possibilitats d'expressió i participació.
- ✓ *Evitar la patologització i medicalització de la vida*. Hem de buscar la solució a les situacions que influeixen en la salut de les persones més enllà de la consideració de patologia i de la solució farmacològica. Tenir en compte el model biopsicosocial permet ampliar la mirada de les situacions amb les que es troben les persones a les que atenem dins de l'atenció primària o de l'hospital. La menopausa tot i ser un procés fisiològic es va medicalitzar responen a interessos de l'empresa farmacèutica i al control d'aquest procés per part dels metges. El part també ha estat un procés que ha experimentat aquesta medicalització. El treballar des de la perspectiva de gènere implica la desmedicalització dels processos fisiològics i no patològics.
- ✓ *Tenir en compte en la pràctica factors que condicionen la posició social de les persones* -i que en el cas de les dones encara accentuen més i agreugen la situació de subordinació i vulnerabilitat en la que es troben- com: l'edat, la classe social, la situació laboral, el nivell educatiu, l'ètnia, l'estatus migratori, l'orientació sexual. És important conèixer que el gènere (la categoria gènere) no existeix de

manera aïllada, sinó que sempre és part d'un esquema en el que els factors assenyalats *interseccionen*<sup>17</sup> amb aquesta categoria<sup>17</sup>. Treballar amb els homes per aconseguir que aquests participin en la salut sexual i reproductiva aconseguint una major implicació d'aquests en la contracepció, la paternitat i la responsabilització de la seva sexualitat permet treballar des de la igualtat i per les relacions igualitàries.

A continuació comentarem què ha de contemplar un **MODEL D'ATENCIÓ QUE REULLI LA PERSPECTIVA DE GÈNERE** per més endavant donar indicacions a tenir en consideració quan treballem amb dones, homes i joves específicament.

Així doncs, el **MODEL D'ATENCIÓ QUE ES PROPOSA APLICAR** es basa en tenir en compte:

1. *El model d'atenció biopsicosocial i de gènere que implica:*
  - ✓ Atendre **els factors biològics**. Per detectar els trastorns orgànics que es donen en les i els usuàries, tenint en compte la morbiditat diferencial de cada sexe que Carme Valls (2001) defineix com les característiques pròpies de la malaltia en casa sexe observant les especificitats de la manifestació de la malaltia segons el sexe de la persona a la que atenem). És comú que s'apliqui el patró masculí a l'hora d'emmalaltir en les dones (invisibilitzant així la simptomatologia i els processos propis del sexe femení).
  - ✓ Atendre els **factores socials**, que es donen per la influència dels models i rols de gènere.
  - ✓ Atendre els **factores de l'experiència viscuda** (factores subjectius) per cadascú/una. Les actituds i comportaments individuals associats amb les identitats masculina i femenina).
2. *Centrar l'atenció en la usuària o l'usuari per aconseguir que ens expliqui les seves experiències enteses aquestes com la base del problema. És aquesta persona qui coneix què li passa. Hem de deixar de banda, aquí, donar protagonisme als coneixements tècnics sobre la malaltia que com a professionals tenim.*
3. *Situar l'escolta com a eina fonamental per saber què li passa a la persona a la que estem atenent. És atendre també al subjecte i no únicament al cos. Escoltar l'experiència de la persona i no tant el relat del que passa. I fer-ho de subjecte a subjecte i no únicament de professional a subjecte.*
4. *Fer veure a la persona que el seu malestar té a veure amb els condicionants de gènere per tal de que pugui identificar els factors de vulnerabilitat que influeixen en la malaltia per tal que pugui sortir de la posició de subjectivitat en la que tots i totes ens trobem. És adequat actuar activament per que la persona se n'adoni d'aquests factors i que vegi, a més, que pot canviar la seva posició (sobretot en casos on la persona, normalment les dones, es troba en posició de subordinació respecte la seva parella o família) Pretenem la transformació social i de salut de la persona. Això no implica però que com a professionals haguem de prendre decisions que pertanyen a l'home o la dona.*

---

<sup>17</sup> Considerem important assenyalar en aquest document què és la INTERSECCIONALITAT i donar-la a conèixer com a eina útil per ampliar la mirada a la nostra feina. Definició d'interseccionalitat: és l'eina analítica per estudiar, entendre i respondre a les formes en que el gènere es creua amb d'altres identitats (que determina l'accés a recursos i a les oportunitats) i com aquests creuaments contribueixen a experiències úniques d'opressió i privilegi. Es tracta d'una metodologia indispensable en els camps del desenvolupament i dels drets humans (dins els quals és pot incloure perfectament la feina que es fa per assolir la igualtat/equitat de les dones i els homes). VEURE DOCUMENT <sup>17</sup>

5. *Localitzar els fets biogràfics i/o esdeveniments vitals significatius relacionats amb la queixa* (ex. Pèrdues: mort, dols etc..., carències, conflictes de gènere: conflictes de família i parella, d'intimitat, sexualitat i identitat, de feina, exposició a abusos o aïllament ...)

A taula 6 es recullen els **COMPONENTS D'ENFOC DE GÈNERE QUE LA PRÀCTICA CLÍNICA HA TENIR:**

**Taula 6. Components d'enfoc de gènere en la pràctica clínica**<sup>10</sup>

OBJECTIUS
1. Intervenir en els processos determinants de gènere 2. Realitzar clínica de qualitat y equitat evitant els esbiaixos de gènere
ESTRATÈGIES DE GÈNERE EN L'ATENCIÓ
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transformació personal i sociocultural de gènere</li> <li>• Reconèixer els rols i identitats de gènere com a part del procés salut/malaltia.</li> <li>• Recerca d'autonomia i autoresponsabilitat. Promoure la sociabilitat.</li> <li>• Apoderament d'elles dones. Sensibilització de gènere dels homes.</li> <li>• Redistribució del poder en el vincle assistencial.</li> <li>• Pacient com a subjecte. Expressió i sensibilització del/la pacient.</li> <li>• Evitar la patologització i medicalització.</li> <li>• Introduir en la pràctica la interacció de factors d'estratificació social.</li> </ul>
MODEL D'ATENCIÓ
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Model biopsicosocial               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Atenció centrada en el o la pacient</li> <li>○ Escolta biopsicosocial. Atenció no esbiaixada a allò orgànic</li> <li>○ Identificar i influir en el canvi dels determinants de gènere:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Canvi de circumstàncies socials.</li> <li>▪ Canvis personals i d'actituds.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Mètode de subjectivació d'allò psicosocial:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Localitzar fets biogràfics i/o esdeveniments vitals significatius.</li> <li>○ Assenyalar la localització i reflexar la posició subjectiva.</li> <li>○ Causar efectes de subjecte: canvi de posició subjectiva i actituds.</li> </ul> </li> <li>• Relació sanitari/a-pacient significativa: clínica de la trobada.</li> <li>• Grups de re-socialització de dones</li> </ul>
REFLEXIÓ SOBRE ESBIAXOS DE GÈNERE I ESTEREOTIPS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Model biopsicosocial</li> <li>• Clínica no esbiaixada.               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reflexió sobre esbiaixos teòrics, tecnològics-biomèdics, de gènere i subjectius</li> <li>○ Reflexió analítica sobre representacions socials, estereotips i actituds en la pràctica clínica</li> </ul> </li> <li>• Mètode de reflexió: anàlisi biopsicosocial de casos</li> </ul>
CAPACITACIÓ SOBRE GÈNERE I SALUT
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apropament als marcs teòrics compatibles amb l'enfoc de gènere:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Salut integral i model biopsicosocial</li> <li>○ Teoria de la subjectivitat</li> <li>○ Conceptes de gènere i els seus efectes sobre la salut</li> </ul> </li> <li>• Coneixement en patologies prevalents més sensibles al gènere:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Perquè estan molt condicionades per determinants de gènere: actuar per a millorar l'eficiència</li> <li>○ Proclius a esbiaixos de gènere: corregir-los obté més grau d'equitat:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salut mental. Dolor crònic. Enfer. cardiovasculars. Enfer. Endocrí i autoimmunes.</li> <li>▪ Embaràs, part, postpart, anticoncepció, avortament, reproducció assistida. ITS i VIH.</li> <li>▪ Menopausa i adolescència.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Capacitació: sensibilització: sensibilització, formació teòrico-pràctica i aprehensió de l'enfoc.</li> <li>• Ús de mètodes didàctics i dinàmics</li> </ul>
AVALUACIÓ
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaluar la qualitat de l'atenció, si està sent:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Accessible.</li> <li>○ Permet al/la pacient expressar-se, rebre i entendre la informació, participar en les decisions.</li> <li>○ Respondre a les necessitats.</li> <li>○ Efectiva i eficient.</li> <li>○ Resol les desigualtats.</li> <li>○ Controla els esbiaixos.</li> </ul> </li> </ul>

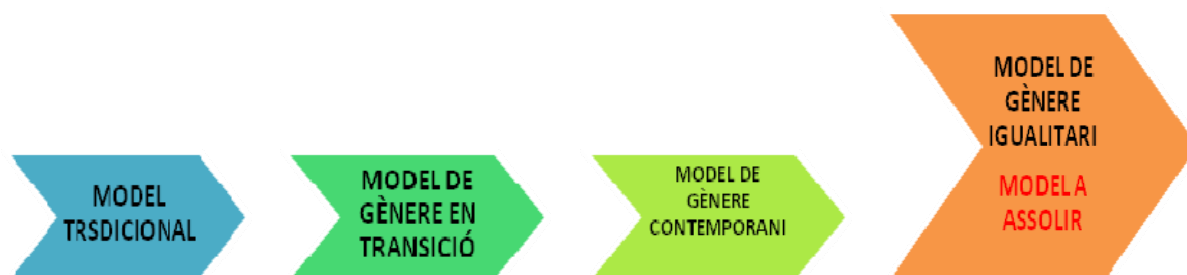
Font: Velasco, A. 2009



## 5.3 INDICACIONS PER TREBALLAR ESPECÍFICAMENT AMB DONES, HOMES I JOVES<sup>10</sup>

Per poder treballar amb els homes i les dones a les consultes i a l'hora poder-ho fer amb gent jove, ens ajudarà molt conèixer quins són **els factors de vulnerabilitat** amb els que ens trobem les persones per poder abordar-los en tant que aquest afecten directament al procés de salut-malaltia.

Aquest factor de vulnerabilitat provenen de factors psicosocial i subjectius de gènere, de quin model de vida tenim i com el vivim per ser d'un gènere o un altre, per viure com a dones o com a homes. Sara Velasco (2009) assenyala que actualment ens trobem amb la coexistència de **tres MODELS DE GÈNERE** (el tradicional, el de transició i el contemporani) fruit de transformacions donades en els darrers anys que **haurien de poder evolucionar fins arribar a un únic model: el MODEL IGUALITARI.**



**Conèixer quins són els elements que conformen aquest models** ens permetrà identificar quin són els punt específics que hauríem de tenir en compte quan treballem amb dones i homes en tant que permeten explicar-nos l'origen de moltes de les vivències que tenen (tenim) com a ésser socialitzats en el gènere i com aquestes influeixen en la salut i en la salut sexual i reproductiva així com interpretar els signes (del discurs, del cos, etc...) que les persones a les que atenem presenten. En definitiva **ens han de permetre entendre el model de gènere (i el gènere) com a:**

1. **determinant de la salut.** En tant que són models (patrons) que tenen conseqüències en la salut de les persones.
2. **productor d'estereotips (de gènere) i esbiaixos en l'atenció.** L'estereotip de que les dones és queixen més perquè afectivament són més dèbils- que procedeix del model tradicional de gènere- genera que els serveis sanitaris donen menys importància als seus símptomes amb la qual cosa es produeix un esbiaix en l'esforç diagnòstic
3. **com a procés associat a la malaltia en la clínica.** Aquests patrons ens permeten incloure aspectes psicosocials de gènere en la història de la dona o de l'home que ens ajuda a entendre més i millor el seu estat de salut-malaltia
4. **font d'indicadors d'investigació.** En tant que influeixen directament en la malaltia i ens poden donar respostes a la causa d'aquesta.

I alhora tenir la capacitat de potenciar els **factors protectors de gènere** necessaris per que els homes i les dones preservin la seva salut (i la seva salut sexual i reproductiva) des del model en que es trobin situats o s'identifiquin.

## • MODELS DE GÈNERE

### MODEL TRADICIONAL

Les situacions desfavorables, de vulnerabilitat, del model tradicional de gènere, són les que procedeixen de les posicions subordinades i d'objecte de les dones i dels imperatius de poder dels homes.

Aquest model encara impera en determinats grups d'edat i trams socials. Tot i això hi ha alguns elements de l'esfera íntima que encara es troben en gran mesura en la població general.

En el cas de les **dones** la vulnerabilitat prové principalment de:

- La reclusió en l'espai domèstic
- La relació de dependència econòmica i emocional de l'home
- La funció de cuidadora (que la posiciona en situació de preocupació continua per "l'altre" més que en la situació d'autocura)
- Situacions de violència masclista: violència física, psicològica, econòmica i abús sexual

Això es tradueix en problemes com els estats d'ànims perjudicials, addicció a tranquilitzants, pitjor estat de salut autopercebut, empitjorament de malalties cròniques, aparició de malalties relacionades amb les tasques que desenvolupen, somatitzacions, dolor sense causa orgànica, sentiments de culpa, de buit i de no realització (donat que la seva feina no es valora com a tal donat que prové de l'obligació del rol assignat, que no hi ha lloc per projectes i el compliment de desitjos propis, l'obligació constant de complir l'ideal de dona imposat).

La vulnerabilitat dels **homes** es troba en:

- La necessitat de mantenir sempre posicions de potència i de propietat sobre la dona.
- L'obligació de mantenir econòmicament la família -dona i fills/es- i de la possibilitat de guanyar diners en el mercat laboral.
- L'imperatiu de mantenir la potència sexual.

Exposar la seva integritat física al risc (velocitat, consum de tòxics), tenir menys cura de la salut (acudir més tard als serveis sanitaris), reaccionar amb violència i agressivitat, o presentar ansietat (com a símptoma de la por a perdre el poder que aquest model els atorga, pèrdua de potència sexual per envelliment, baixa autoestima (que p.ex genera la situació d'atur, de separació o abandonament de la dona), la frustració que crea el fet que fill/es no cobreixin les expectatives posades sobre ells/es) són alguns dels problemes que repercuteixen en la seva salut.

A la taula 7 es recullen els **processos de vulnerabilitat del model de gènere tradicional**:

**Taula 7**  
**“Processos de vulnerabilitat de model de gènere tradicional”**

	PROCESSOS PSICOSOCIALS DE VULNERABILITAT PER ROL DE GÈNERE	PROCESSOS SUBJECTIUS DE VULNERABILITAT PER CONFLICTES EN IDEALS DE FEMINITAT
<b>Dones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subordinació/dependència/manca d'autonomia.</li> <li>• Mancances per relació asimètrica de parella: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Manca de comunicació íntima.</li> <li>○ Absència de cura i devolució amorosa.</li> </ul> </li> <li>• Abusos i maltractament.</li> <li>• Reclusió en espai domèstic.</li> <li>• Feina de mestressa de casa: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aïllament amb manca d'estímul, passivitat, feina repetitiva, invisible, desvalorada, i no remunerada</li> </ul> </li> <li>• Incomunicació i manca de relacions i recolzament social: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sobrecàrrega de cura com a única via de realització:</li> <li>○ Sobrecàrrega física i emocional.</li> <li>○ Abús emocional de part de familiars.</li> <li>○ Rol de suport per tothom.</li> <li>○ Impacte dels conflictes de les persones a càrrec seu.</li> </ul> </li> <li>• Malalties i/o problemes dels fills/es.</li> <li>• Malalties de parella i altres.</li> <li>• Consum de tòxics de la seva parella i altres.</li> <li>• Manca de projecte i realització propis.</li> <li>• Manca de temps propi i autocura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenir posicions passives i d'objecte: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dependència afectiva.</li> <li>○ Por a perdre l'home.</li> <li>○ Resignació.</li> <li>○ Exposició a busos.</li> </ul> </li> <li>• Sexualitat activa proscriu en la definició de feminitat moral tradicional.</li> <li>• Frustració i dol per la ruptura o abandonament de la parella.</li> <li>• Sentiment d'obligació de cuidar.</li> <li>• Dificultats amb l'ideal maternal (infertilitat o embarassos conflictius)</li> <li>• Conflicte amb l'ideal de “bona mare”: fills/es amb malaltia o marginats.</li> <li>• Períodes del cicle vital que redefeixen la feminitat (adolescència, maternitat, menopausa, histerectomia, mastectomia...)</li> </ul>
<b>Homes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tendència al risc com a demostració de fortalesa.</li> <li>• Actes de demostració de invulnerabilitat (riscos físics i consum de tòxics).</li> <li>• Pèrdues del rol de domini.</li> <li>• Dificultats amb el rol de sostenidor de la família.</li> <li>• Fallides de la relació de propietat de la dona.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trencament o abandonament de la parella.</li> <li>• Intolerància a l'abandonament de la dona.</li> <li>• Recurs a la violència</li> <li>• Conflicte amb l'ideal de “bon pare”: fills/es amb malaltia o marginats.</li> <li>• Dificultat per respondre a l'ideal de potència y omnipresents resposta sexual.</li> <li>• Períodes del cicle vital que redefeixen la masculinitat (adolescència, paternitat, pèrdues físiques, envelliment...)</li> </ul>

Font: Velasco, A. 2009

## MODEL DE GÈNERE EN TRANSICIÓ

Aquest model s'ha creat amb els canvis que les dones van experimentar al llarg del segle XX; com la incorporació d'aquestes a l'educació, a la feina fora de la llar i a la vida pública, que han induït també canvis en la posició dels homes. **És un model que transgredeix els rols de gènere tradicional.**

Els canvis de la transició de gènere són:

- La presència de les dones en la vida pública, autonomia econòmica i vital i accés a la propietat i autogestió.
- Redistribució de les funcions públiques i domèstiques entre els dos sexes.
- El control de la reproducció per part de les dones.
- La divisió de les funcions de maternitat i paternitat (encara que de manera molt minsa)
- Accés de les dones a l'elecció i a l'activitat sexual.
- Canvi en l'estructura del vincle de parella. Que es materialitza en que els homes i les dones ja no es vinculen al voltant de la idea de contracte matrimonial sinó de formar una parella -que esdevé el nucli bàsic constituir per motius d'amor i necessitats de satisfacció de necessitats íntimes entre d'altres motius més que per motius de supervivència econòmica i social-. No hi ha relació de poder/subordinació en allò social tot i que aquesta sí es pot continuar donant en l'esfera íntima.

**Als homes** se'ls hi afegeixen rols i funcions que no feien (tasques domèstiques, cura de fill/es, cura de la companya). Donat que aquestes funcions no són remunerades i són socialment invisibles, de vegades les evadeixen o deixen de fer-les i no compleixen amb la part que els hi tocava de manera justa.

**Les dones** han afegit rols i funcions -com les funcions socials i productives i prenen decisions que abans corresponien als homes- a les funcions que ja tenien assignades. Davant la impossibilitat d'evadir-se del compliment de cap d'elles es troben més sobrecarregades de feina si el seu company no aconsegueix la seva part.

Els riscos provenen de l'existència d'una multifuncionalitat desigualment repartida, la sobrecàrrega de rols i de les contradiccions per l'existència simultània d'ideals antic i nous que requereixen d'ajustaments en les relacions entre dones i homes.

**Les repercussions en salut** d'aquest model ha aportat factors protectors però també de vulnerabilitat als homes i les dones.

- **Els factors de protecció:**

En les **dones** el més important ha estat l'autonomia i la independència. Que s'ha traduït en:

- l'ampliació de les seves vies de realització, de la possibilitat d'elecció i de decisió personal i
- en la disminució de la culpabilitat i el descrèdit de la seva persona

En el cas dels **homes**, els factors de protecció han de començar a relacionar-se amb la pèrdua de poder i ser valorats tot i aquesta circumstància. Els més importants són:

- l'alliberament que la càrrega del manteniment del poder i la potència.

- l'accés a l'afectivitat i a la sensibilitat.
  - La incorporació dels seus fills i filles a les seves vides.
- **Els factors de vulnerabilitat**

Que es recullen a la taula 8:

**Taula 8**  
**“Processos de vulnerabilitat de model de gènere en transició”**

	PROCESSOS PSICOSOCIALS DE VULNERABILITAT PER ROL DE GÈNERE	PROCESSOS SUBJECTIUS DE VULNERABILITAT PER CONFLICTES EN IDEALS DE FEMINITAT
<b>Dones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quadres de sobrecàrrega per acumulació de rols antics i nous: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Doble jornada laboral (dins i fora de la feina).</li> <li>○ Triple jornada (dins i fora de casa i cura dependents).</li> <li>○ Cura de dos o més fills/es petits/es</li> <li>○ “Superdona”, “avia esclava” ...</li> </ul> </li> <li>• Càrrega monoparental en solitud.</li> <li>• Frustració del projecte personal de feina</li> <li>• Infravaloració i segregació en el treball remunerat enfront del masculí.</li> <li>• Assetjament laboral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transgressió de rols familiar i de feminitat que es veuen en dones innovadores. <i>“El sostre de vidre”</i>.</li> <li>• Conflictes de parella per redistribució del poder o posicions de privilegi dels homes.</li> <li>• Frustració i dol per trencament o abandonament de la parella.</li> <li>• Dificultats de compatibilitat amb l'ideal maternal (desacords sobre el desig amb la parella, infertilitat, retard de la maternitat ...).</li> <li>• Conflicte amb l'ideal de “bona mare”: fills/es amb malaltia o marginats.</li> <li>• Períodes del cicle vital que redefeixen la feminitat (adolescència, maternitat, menopausa, histerectomia, mastectomia...).</li> </ul>
<b>Homes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Contradiccions de la innovació i de descapitalització de posicions de privilegi dels homes.</b></li> <li>• <b>Accés a rols tradicionalment femenins.</b></li> <li>• <b>Rols de noves cures i compartits qüestionats o malament vistos per l'entorn.</b></li> <li>• <b>Pèrdua del contacte i quotidianitat amb fill i filles per separació.</b></li> <li>• <b>Càrrega monoparental en solitud.</b></li> <li>• <b>Desvalorització en la feina.</b></li> <li>• <b>Assetjament laboral</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nostàlgia del rol de domini i privilegis tradicionals masculins.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Inhibició i pèrdua de compromís.</b></li> <li>○ <b>Violència de gènere.</b></li> <li>○ <b>Ús de la prostitució.</b></li> </ul> </li> <li>• <b>Desconcert davant confrontació amb ideals de masculinitat dels nous models.</b></li> <li>• <b>Conflictes de parella per redistribució dl poder, de l'autonomia i d eles funcions.</b></li> <li>• <b>Conflicte amb l'ideal de “bon pare”:</b> fills/es amb malaltia o marginats.</li> <li>• <b>Dificultat per respondre a l'ideal de potència y omnipresents resposta sexual.</b></li> <li>• <b>Períodes del cicle vital que redefeixen la masculinitat (adolescència, paternitat, pèrdues físiques, envelliment...)</b></li> </ul>

Font: Velasco, A.2009

## MODEL DE GÈNERE CONTEMPORANI

Aquest model neix del pas que s'ha donat des de la segona meitat del s.XX fins a l'actualitat d'una societat productiva a una societat consumista on la producció i consum de bens materials s'estabilitza en la satisfacció dels interessos individuals de cada persona -reflectits en l'èxit personal i social-. Donant-se un desplaçament dels valors i ideals socials. Tenir i acumular és el que dona la felicitat i l'èxit (independentment del sexe al que es pertanyi)

El cos ha esdevingut allò a través del que es representa la nostra identitat. Una identitat que és present en societat mitjançant una imatge socialment construïda que ha de reflectir bellesa, èxit i benestar.

Les parelles s'ajunten per complir projectes individuals que, tot i haver amor, esdevenen més importants. La sexualitat és allò que determina l'èxit en la relació i la llibertat és allò més important. La família ja no té el significat ni la funció que tenia i les amistats assumeixen el rol logístic i afectiu.

En aquest model, els nens i les nenes han assolit rols igualitaris en tant que s'han reduït molt les funcions dicotòmiques i es socialitzen en rols similars. Les nenes i dones ja estan presents en tots els àmbits (/tot i que no de la mateixa manera que els homes) i l'ideal patriarcal es va oblidant (encara que hi ha certa transmissió per part de pares i mares de funcionaments tradicionals en la intimitat).

La dicotomia per sexe ja no es troba en els rols sinó en la imatge del cos:

*L'ideal masculí de bellesa és fort i potent*

*L'ideal femení de bellesa és dèbil, infantil i malaltís.*

Els problemes comencen quan dones i homes entren en competitivitat i rivalitat per assolir l'èxit del projecte individual (que abans es desenvolupava en cooperació amb el projecte de l'altre)

Els **processos de vulnerabilitat en la salut d'aquest model** (taula 10) estan relacionats amb els nous rols de gènere que homes i dones adopten al model contemporani (taula 9).

A continuació es presenten els elements que conformen els rols de gènere contemporani i els factors de vulnerabilitat per homes i dones associats als nous rols:

**Taula 9**  
**“Rols de gènere contemporani per dones i homes”**

MANDAT FONAMENTAL	ATRIBUTS D'AMB DÓS SEXES	EXIGÈNCIES I IDEALS SOCIALS	VINCLE SUBJECTIU DE PARELLA
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Gaudi i èxit social, vital i sexual</li> <li>-Cooperació amb l'altre per l'èxit i el gaudi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Activitat</li> <li>-Autonomia</li> <li>-Seguretat</li>   <li>-Brillantor intel·lectual</li> <li>-Ser divertit/da</li>   <li>-Comprensió</li> <li>-Receptivitat/activitat sexual</li> <li>-Sensualitat</li>   <li>-Capacitat paternal-maternal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realització i èxit professional personal, sexual, maternal i paternal</li> <li>Bellesa</li> <li>-Cos objecte sexual</li> <li>-Primesa i extravagància i seducció (elles –allò femení.)</li> <li>-Fortalesa i potencia sexual (ells -allò masculí.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Relació de subjecte a subjecte.</li> <li>-La llibertat individual i la satisfacció estan per sobre de la permanència de la relació.</li> <li>-El narcisisme d'ambdós és sosté mantenint l'interès de l'altre.</li> <li>-L'amor és l'horitzó ideal de la unió.</li> <li>-La sexualitat és allò que dona èxit a la relació.</li>   <li>-El recolzament vital són els amics i/o amigues, no la parella.</li> <li>-Modalitats diverses de convivència i de parella.</li>   <li>-El desig individual de fills/es ha de sincronitzar-se.</li> <li>-Els fills/es poden circular fora de la parella.</li> </ul>

Font: Velasco, A. 2009



**Taula 10**  
**“Processos de vulnerabilitat de model de gènere contemporani”**

<b>HOMES I DONES</b>	<b>PROCESSOS DE VULNERABILITAT PER RELACIONS DE GÈNERE</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Competitivitat entre ambdós per l'ideal d'èxit personal i social.</li> <li>• El diferents desenvolupament personal produeix rivalitat i distanciament.</li> <li>• Els projectes i realitzacions individuals poden col·lidir i dividir la parella.</li> <li>• Manca de realització de maternitat per asincronia del desig d'ela parella o per competència amb projecte individual.</li> </ul>	
<b>COS I SUBJECTIVITAT</b>	<b>PROCESSOS SUBJECTIUS DE VULNERABILITAT</b>	
	<b>FEMINITAT</b>	<b>MASCULINITAT</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ideal d'eterna joventut.</li> <li>• Desorientació sobre el significat i requeriments de l'amor.</li> <li>• Sobre-exigència de satisfacció sexual.</li> <li>• La caiguda de l'interès sexual pot deteriorar la continuïtat del vincle de parella.</li> <li>• Experiències sexual fora de la parella poden entrar en contradicció.</li> <li>• Necessitat de re-identificació (reajustament de la identitat) amb parelles successives.</li> <li>• Períodes llargs en la vida de solitud i recerca.</li> <li>• Conflictes, desistiment de trobar parella, solitud, frustració, sentiments de fracàs i abandonament.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discriminació de masculinitats femenines.</li> <li>• Ideal de masculinitat focalitzat en el cos: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Model de cos: prim, luxós, eteri, seductor, sexy, inanimat, fantàstic, inexistent, extravagant.</li> <li>○ Insatisfacció amb el propi cos.</li> <li>○ Restricció dietètica, compulsió a cirurgia remodeladora.</li> <li>○ Hiperconsum per transformació de la imatge</li> </ul> </li> </ul>

Font: Velasco, 2009



## MODEL DE GÈNERE IGUALITARI

Aquest model esdevé el **MODEL PROTECTOR PER A LA SALUT** de dones i homes.

Es caracteritza per ser el model on hi ha relacions d'igualtat entre els sexes en l'esfera social i íntima.

És el model al qual hauríem de dirigir-nos, en tant que s'espera que no contingui els factors de vulnerabilitat dels models anteriors, com són les relacions de poder i les contradiccions entre els ideals socials i els personals.

### • FACTORS PROTECTORS DE GÈNERE

Les relacions de gènere haurien de poder garantir a les persones:

- Autonomia
- Capacitat de realització personal
- No dependència de l'altre
- Igualtat

Aquests quatre elements són els que sustenten els **factors protectors de gènere** que garanteixen que les persones pugui ser elles mateixes independentment de qualsevol condicionant social i de qualsevol relació social, afectiva o sexual que mantinguin.

Són doncs els elements que hem de propiciar i potenciar entre els homes i les dones a qui atenem per tal que protegeixin a la seva salut i contribueixin a la seva millora.

Els **FACTORS PROTECTORS DE GÈNERE** pels homes i les dones són:

#### DONES

- Assolir posicions subjectives actives.
- Autonomia i independència
- Projectes propis (apoderament personal)
- Sociabilitzar-se i crear un xarxa de trobada i suport social
- No ser víctima passiva de les circumstàncies i dels models socials
- Abandonar les subjeccions del model tradicional
- Desprendre's de la sobrecàrrega compartint i conciliant i no recolzant tot el projecte vital en la cura dels altres

#### HOMES

- No ser víctima de les circumstàncies i dels models socials
- Abandonar les subjeccions del model tradicional
- Abandonar les posicions subjectives de propietat sobre la dona
- Abandonar la necessitat de demostració de força (sensibilitzar-se)
- Accedir a l'esfera personal i social de trobada igualitària
- Compartir, conciliar i accedir a l'esfera de cura i manteniment de la vida

## 5.4 CONSELLS CONCRETES I PRÀCTIC PER TREBALLAR DIRECTAMENTE AMB DONES, HOMES I JOVES A LES CONSULTES I EN LA PLANIFICACIÓ DE LES ACCIONS.

Per tal de no perjudicar la qualitat de l'atenció que donem a les dones i als homes que atenem a les consultes amb:

### LES DONES hem de poder

- *Donar valor a les queixes que elles plantegen.* Partint del valor que elles li donen des de la seva manera de veure la vida i la salut i tenint en compte les seves circumstàncies personals (les dones no és queixen més perquè són més dèbils o perquè s'espanten abans o perquè són més dependents afectivament).
- *Donar valor a la capacitat de demanar ajut* que tenen (en tant que és un factor de protecció de la salut)
- *No considerar que les queixes que plantegen són desmesurades* “que són masses o massa grans”. No minimitzar els símptomes i patiment de les dones.
- *Tenir en compte que són dones que treballen una jornada* si ho fan únicament a la llar o a doble jornada si a més ho fan fora de la llar. Amb les conseqüències que per la salut té el tipus de tasques que desenvolupen i la sobrecàrrega de feina que pateixen.
- *Tenir en compte els hàbits que es consideren fora de la feminitat:* si fumen o beuen, si practiquen la seva sexualitat obertament, etc.... Així com el cost que aquestes pràctiques poden tenir en la seva persona (les contradiccions entre els ideals socials i la persona que elles són)
- Considerar que els problemes de salut que presenten no són menors en relació als dels homes (*la morbiditat és diferent en algunes malalties i la ciència ha estudiat les malalties en els homes extrapolant les dades i resultats també a la salut de les dones*)
- *Respectar la seva autodeterminació* i considerar aquesta com un dret.
- *Valorar el grau d'autonomia, de xarxes i relacions* de les que disposen, la seva capacitat de decidir i negociar (si estan en parella)
- *Identificar els elements del model de gènere* amb els que s'identifiquen com a dones per tal de poder conèixer els factors de vulnerabilitat que els hi poden afectar.
- *Qüestionar les pràctiques i/o actituds que suposen un risc per la seva salut.*
- *Intentar valorar tot els elements que poden causar l'estat de malaltia o afectar la seva salut.* No quedant-nos en l'estereotip (*ex. A igualtat de símptomes anímics, les dones tenen més probabilitats de ser diagnosticades de depressió i els homes més probabilitat de que s'investigui si pateixen malaltia orgànica*)
- *Conèixer quins són els símptomes que les malalties tenen en elles exclusivament i la manifestació de símptomes diferents que en els homes* (*ex. En la depressió, elles*

*somatitzen més i presenten més símptomes anímics, els homes tendeixen a consumir més alcohol, a estar més irritable i a ser més agressius)*

- No pressuposar que a la consulta en trobem només amb dones heterosexuales alhora de preguntar sobre les seves relacions de parella i/o pràctiques sexuals

## ELS HOMES hem de poder

- *Qüestionar les pràctiques i/o actituds que suposen un risc per la seva salut. (ex. No utilitzar preservatius en les relacions sexuals amb prostitutes, no controlar la seva salut perquè “els homes no es queixen tant”, no expressar obertament els seus sentiments, les seves” emocions”, no demanar ajut)*
- *Valorar el grau d'autonomia fora de la família (dona i fills/es), de xarxes i relacions de les que disposen. Per evitar l'aïllament i que hi hagi una manca de suports externs en cas de situacions de dolor i una manca de punts de vista sobre les situacions viscudes<sup>18</sup>.*
- *Identificar els elements dels model de gènere amb els que s'identifiquen com a homes per tal de poder conèixer els factors de vulnerabilitat que els hi poden afectar. (ex. Treballar els problemes de salut sexual i reproductiva descarregant-los de les “obligacions i expectatives” socials que es disposen sobre ells, considerar i treballar la manera com es relaciona i vincula a la seva parella o com se sent en la relació amb les altres persones –per poder detectar si exerceix violència vers aquesta parella-.)*
- *Intentar valorar tot els elements que poden causar l'estat de malaltia o afectar la seva salut. No quedant-nos en l'estereotip (ex. La duresa que els hi atorga la masculinitat normativa fa que triguin més en experimentar-se com a malalts)*
- *Poder generar espais per discutir al voltant de la masculinitat i de la igualtat.*
- *Atendre'ls en els serveis de salut sexual i reproductiva (i fer que sàpiguen que hi poden ser atesos utilitzant els canals que els hi arribin) i considerar que la prestació d'aquests serveis va més enllà de l'anticoncepció incloent-hi també, la transmissió de VIH i la comunicació dins la parella i la planificació familiar i la cura de la família<sup>6</sup>. Per tal de<sup>1</sup>:*
  - *Lliurar les dones de la responsabilitat única que fins ara s'ha atorgat a les dones (trencant la situació de vulnerabilitat, sotmetiment i inequitat i de dificultats de desenvolupament personal que aquestes obligacions socialment assignades i la manca de recolzament dels homes produeixen).*
  - *Començar a sumir els homes com a persones també amb dret a decidir sobre la seva procreació i sobre l'exercici de la seva sexualitat y amb dret a rebre serveis i atencions que satisfacin les seves necessitats i demandes en aquests camps.*
  - *Imaginar els homes com a participants en la salut de les dones però també com actors amb sexualitat, salut i reproducció i amb necessitats concretes a esser considerades tant en la interacció amb les dones com en el procés de construir la seva identitats masculina –fugint de la masculinitat normativa- i de la seva salut.*

- No pressuposar que a la consulta en trobem només amb homes heterosexuais alhora de preguntar sobre les seves relacions de parella i/o pràctiques sexuals

## ELS i LES JOVES hem de poder

- *Veure'ls com a subjectes de drets i amb capacitat de ser responsables* de la seva salut i de les conseqüències de les seves pràctiques sexuals i reproductives i informar-los/les respecte a quins són aquest drets i al que implica el seu exercici<sup>1</sup>:
- *Qüestionar amb ells i elles els models de gènere existents* i en els quals estan creixent i formant la seva identitat i la seva identitat sexual.
  - Fer-ho mitjançant el qüestionament i l'anàlisi crítica conjunta amb ells i elles dels elements sexistes i perjudicials dels models que apareixen en els mitjans de socialització (infantil, juvenil i en general) que la nostra societat ens posa a l'abast com<sup>19</sup>:
    - els contes i pel·lícules infantils i/o de dibuixos: els clàssics de prínceps i princeses com la Ventafocs, La Bella Dorment, Barba Blava o els darrers èxits de la factoria Disney: La Sirenita, La Bella i la Bestia etc..
    - Les revistes: com Super Pop , Bravo, Vale, Por tí etc...
    - Pel·lícules: Dirty Dancing, Pretty Women, Grease, Brigitte Jones 8 que en molts casos són noves versions dels contes clàssics)
    - La música: Sin tí no soy nada del grup Amaral n'és un exemple
  - *Desfer pautes, mites i estereotips relacionades amb la manera d'estimar i practicar la sexualitat* dels homes si les dones dels joves i les joves<sup>19</sup> com de ser nois i noies (dones i homes) com alguns d'aquest exemples:
    - En el cas dels nois:
      - com subjectes de l'amor: són amats i desitjats i ocupen un lloc central en la vida de qui els estima (això no es dona a l'inrevés).
      - són actius en l'amor.
      - Dominen.
      - Proposen.
      - que no cuiden de la seva salut.
      - que es posen en rics vital.
      - que no mostren o tenen dificultats per mostrar les emocions.
    - En el cas de les noies:
      - són esser d'entrega, fets per estimar.
      - especialistes en estimar: mare i esposes.
      - estimar és una via d'autorealització.
      - atrauen com a procreadores i mares no com a dones (d'aquí la idea que hi ha pràctiques sexuals que no se'ls hi poden plantejar).
      - són subjectes subordinats.
      - si accepten certes coses (d'altres no).
      - no proposen (sobretot certes coses).
    - En els cas de noies i nois:
      - La gelosia i el control són un senyal d'amor.
      - La parella pot qüestionar coses com: amb qui surto o com vesteixo.

- Estar en parella és estar sempre amb la parella i deixar de sortir freqüentment amb les amistats pròpies.
- Contribuir a *l'apoderament del i de les adolescent* proporcionant la informació que necessitin per poder conèixer no només els mètodes anticonceptius o els perills de contraure MTS o VIH-SIDA si no qüestionant els tabús respecte a la sexualitat que tenen especialment elements com<sup>1</sup>:
  - el paper passiu de les dones, tant en l'autocura com en la iniciativa sexual, el respecte als seus drets sexuals i al seu dret al plaer.
  - El paper actiu dels homes en la sexualitat: que s'espera d'ells de manera normativa com la sexualitat obligatòria, competitiva, violenta, homofòbica i irresponsable com a sinònim de ser més homes. S'ha de promoure que no busquin imitar l'estereotip del veritable mascle, sinó que respectin de manera autònoma els seus desitjos i ritmes, sense donar explicacions a ningú de la seva sexualitat, més que a ell i a la seva parella.  
Només aconseguint que els adolescents no es violentin i es respectin a sí mateixos, podrem crear millors condicions per que no violentin alhora a les seves parelles (sobretot si són dones) i respectin els seu drets.
- Contribuir a que s'obrin en les maneres d'estimar, en la pràctica lliure, voluntària, consentida, negociada de practicar i viure la sexualitat de cadascuna i cadascú i d'acceptar la seva orientació sexual i la de les altres persones així com la de triar amb qui mantenen relacions o estimen independentment de la seva orientació sexual.
- Si es treballa amb grups de nois i noies ja sigui a l'aula o a la consulta es recomanable *treballar de manera separada inicialment les qüestions relacionades amb la sexualitat i després de manera conjunta*. Hi ha molts dubtes i mites que ells tenen respecte a la sexualitat d'elles ( ex. si es masturben, si els agrada els sexe anal, etc...) i elles respecte a la sexualitat d'ells. Aquest dubtes s'ha de treballar separatament per tal d'evitar crear un clima de confiança que permeti emergir els dubtes, pors i vergonya i poder treballar des d'allò que com a persones socialitzades en un gènere concret (masculí o femení i normatiu) senten, entenen, veuen i viuen. A partir d'aquí és adequat abordar aquestes qüestions conjuntament desfent aquests mites i iniciant un diàleg constructiu i negociador al voltant de l'amor i la sexualitat entre els nois i les noies i amb ells i elles mateixos/es .
- Promoure elements com:
  - l' autoestima dels nois i les noies
  - una imatge corporal positiva i saludable
  - responsabilitats i obligacions domèstiques de manera equitativa
  - que els nois i les noies aprenguin a veure la igualtat i l'eliminació del sexisme com a avantatge en el seu desenvolupament i qualitat de vida.
  - el desenvolupament professional i laboral com a mitjà per tenir oportunitats i evitar embarassos no desitjats. Que els nois puguin desprendre's del masclisme
  - que sàpiguen gestionar l'adversitat emocional de manera saludables i positives i ampliïn les seves estratègies (sobretot els nois en aquest darrer cas)<sup>20</sup>
  - que aprenguin i es permetin superar la realitat del sexisme: identificant-se amb a meitat dels valors masculins i femenins i renunciant a la meitat d'aquests valors<sup>20</sup> .

## 6. CONCLUSIONS

---

Com a conclusió final del document podem afirmar que:

La **DESAPARICIÓ DEL SEXISME** de la nostra societat i de la pràctica de la nostra professió (que està estretament relacionat amb la amb divisió ancestral del món en dos espais: els dels homes i el de les dones i que determina la nostra manera de ser, de fer i d'actuar com a persones i professionals)...

**...ÉS L'ASPECTE PROTECTOR MÉS IMPORTANT EN LA SALUT SEXUAL I REPRODUCTIVA.**

Hem intentat explicar la perspectiva de gènere com a eina a aplicar per les llevadores en la seva pràctica professional com a eina que ajudarà a anar diluint el sexisme de la nostra societat alhora que a millorar la nostra pràctica professional i a tindre millor a homes i dones.

Volem recollir en la següent taula (11) els elements/idees a tenir en consideració per aplicar aquesta perspectiva en la nostra feina.

## Taula 11. RESUM

RESUM
<ul style="list-style-type: none"><li>• Que quan parlem de <b><i>gènere també parlen dels homes</i></b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Tenir presents quins són els <b><i>drets sexuals i reproductius de les persones</i></b>, de les dones i dels homes</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b><i>Apoderar les dones</i></b>, fer-les autònomes, ajudar a que surtin de posicions de subordinació, dependència i falta de control, tant en la seva salut reproductiva com també en la seva salut sexual. No atorgar tota la càrrega de l'anticoncepció i de la cura de fills/es</li><li>• <b><i>Involucrar els homes</i></b> també en la salut reproductiva i en la igualtat de gènere i donant-los l'atenció i el lloc que necessiten. Incloure'ls en la anticoncepció i responsabilitzar-los de la cura de fill/es.</li><li>• Promoure l'autoresponsabilitat de les dones i els homes en la seva salut.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Considerar les <b><i>diferències en la socialització de les dones i dels homes</i></b>: que determinen valors, conductes, actituds diferents i diferents accés als poder, als recursos i als drets.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Considerar els <b><i>models de gènere i la relacions entre homes i dones</i></b> que reproduïen aquests models per analitzar la realitat, entendre que aquest models són culturals (per tant poden canviar-se) i que influeixen directament en la salut de les persones.</li><li>• Qüestionar la distribució binària que ha servit, fins ara, de model per veure les persones</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Tenir clar els <b><i>conceptes de gènere</i></b>: sexe, gènere, rols i estereotips de gènere, sexisme, igualtat, equitat, discriminació (entre d'altres)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Adoptar un <b><i>model biopsicosocial per entendre la salut de manera integral</i></b>: que entès l'esser humà com compost de 3 esferes (la biològica, la social i la cultural) que estan en continua interacció i s'influeixen mútuament.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Assumir que <b><i>les persones (som homes i dones) que no podem ser tractades sempre igual però no per això de manera no equitativa</i></b>. Que de vegades hi ha necessitat de donar/rebre respostes diferenciades d'acord amb les necessitats especials home si dones tenen.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b><i>Conèixer que els problemes/situacions de salut poden ser</i></b>. específics per cada un dels sexes, més prevalents en cada un dels sexes, amb característiques diferenciades per a cada un dels sexes, que poden haver factors de risc per cada sexe</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b><i>Treballar per la transformació sociocultural i d'actituds de nosaltres com a professionals i de les dones i els homes a qui atenem</i></b> per fer-los menys vulnerables i treure'ls de situació de subordinació i poder respectivament.</li><li>• Reconèixer els <b><i>factores de vulnerabilitat</i></b> amb els que es troben les persones a les que atenem.</li><li>• <b><i>Treballar per desenvolupar els factors protectors de gènere</i></b> dels homes i les dones que permetin guanyar en autonomia, en capacitat de realització personal i relacions no depenents i igualitàries. Que garanteixin que les persones puguin ser elles mateixes independentment de qualsevol condicionant social, relació social, afectiva o sexual que mantinguin</li></ul>

- **Qüestionar la heteronormativitat**, no pressuposar-la en les persones a les que atenem, "desnormativitzar-la".  
Incloure en el plantejament de l'atenció que fem a homes i dones les diferents orientacions sexuals i les seves pràctiques, la possibilitat/desig/dificultats de tenir descendència des de posicions/eleccions de relacions/pràctiques no heterosexuales
- Conèixer **l'existència d'esbiaixos de gènere** en la pràctica professional i intentar evitar-los.
- Fer ús de **llenguatge no sexista/inclusiu** (verbal i escrit) per dirigir-nos a les dones, per visibilitzar-les.
- Tenir en compte **els indicadors amb perspectiva de gènere** que ens permetin veure la realitat tal i com és i corregir les actuacions discriminatòries i dissenyar actuacions adequades per corregir les desigualtats existents.
- **Formar-nos específicament en gènere i salut**
- Promoure i fer **investigació en gènere** per millorar els programes, l'atenció que dissenyem i oferim.
- Situar **l'escolta com a eina fonamental** per saber què li passa a la persona a la que estem atenent (tenint em compte també el subjecte, no només el cos)

Font: Elaboració pròpia



## 7. BIBLIOGRAFIA

---

1. Ramos, M. La Salud sexual i la salud reproductiva desde la perspectiva de género. Rev Peru Med Exp Salud Publica 23(3), 2006; 201-220. [Consultado el 12/07/10]. Disponible en <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n3/a10v23n3.pdf>
2. Fuentes, M. Salud reproductiva y salud integral de las mujeres. Reflexiones desde la práctica en Asistencia primaria. en Miqueo C, Tomás C, Tejero C, Barral M. J, Fernández T, y Yago T (Eds.). Perspectiva de de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas. Madrid, Minerva Ediciones, 2001; 223-235.
3. ONU. Plataforma d'Acció IV Conferència Mundial de Nacions Unides sobre la Dona. Beijing: Nacions Unides, 1995: paràgraf 94. [Consultado el 28/09/10]. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
4. Llei 5/2008, del 24 d'abril, del Dret de les dones a erradicar la violència masclista. [Consultada el 20/07/10]. Disponible en: [http://www.ub.edu/genere/docs/llei\\_5\\_2008.pdf](http://www.ub.edu/genere/docs/llei_5_2008.pdf)
5. Mazarrasa L, Gil S. Módulo 12.Salud Sexual y reproductiva Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género y Salud. Formación del Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad, 2006. [Consultada el 20/07/10]. Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo\\_12.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf) i [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02\\_t02.htm](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t02.htm)
6. Hoja Informativa: Involucrando a los hombres en la salud sexual i reproductiva. Programa, Mujer, Salud y Desarrollo. Organización Panamericana de Salud. [Consultada el 26/10/10]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DPM/GPP/GH/Men&SRHsp.pdf>
7. Borrell C, Artazcoz L. Las desigualdades de género en la salud: Retos para el futuro. Rev Esp Salud Pública 2008; 8: 205-249 [Consultada el 20/07/10]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272008000300001&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272008000300001&script=sci_arttext)
8. Manual de integración de una perspectiva de género en programas de Salud Sexual y reproductiva i VIH: del compromiso a la acción. Grupo Interinstitucional de Género (IGWG), 2005 [Consultada el 29/10/10]. Disponible en: [http://www.prb.org/pdf05/ManuallIntegrGendr\\_Sp.pdf](http://www.prb.org/pdf05/ManuallIntegrGendr_Sp.pdf)
9. Roset M, Pagès E, Lojo M, Cortada E. Guia de Coeducació per als centres educatius: pautes de reflexió i recursos per l'elaboració d'un projecte de centre. Col·lecció: Coeducació 1, Institut Català de les Dones, Departament d'Educació, 2008. [Consultada el 28/10/10]. Disponible en: <http://www20.gencat.cat/docs/Educacio/Documents/ARXIUS/guicoeducacio.pdf>
10. Velasco S. Sexos, Género y Salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud. Madrid, Minerva Ediciones, 2009.

11. PDF. 27 de Maig Dia Internacional d'Acció per a la Salut de les Dones. Reflexions sobre la salut per dirigir la mirada cap a l'equitat. Barcelona, Consorci Sanitari de Barcelona, 2010. [Consultat el 27/05/10]. Disponible en: Flaix Catsalut, nº. 698 .
12. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Consultada el 20/07/10]. Disponible en:  
[http://www.boe.es/boe\\_catalan/dias/2007/03/28/pdfs/A01515-01548.pdf](http://www.boe.es/boe_catalan/dias/2007/03/28/pdfs/A01515-01548.pdf)
13. Garcia-Sanchez I. Diferencias de Género en el VIH/Sida. Gac Sanit 2004; 18(supl 2): 47-54 [Consultada el 18/12/09]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000500007&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000500007&script=sci_arttext)
14. Valls Llobet C. El estado de la investigación en salud y género. En Miqueo C, Tomás C, Tejero C, Barral M. J, Fernández T, y Yago T (Eds.), Perspectiva de de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas. Madrid, Minerva Ediciones, 2001; 179-185
15. Lledò E. Marcar les diferències: la representació de dones i homes a la llengua. Barcelona, Col·lecció Criteris Lingüístics; 6, Secretaria de Política Lingüística, Institut Català de la Dona, 2005. [Consultada el 20/11/09]. Disponible en:  
<http://www20.gencat.cat/Autoservei/pdf/marcar.pdf>
16. Lledò E. Guía de lenguaje para el ámbito de la salud. Vitoria-Gasteiz, EMAKUNDE, Instituto Vasco de a Mujer, 2009. [Consultada el 20/11/09]. Disponible en:  
[http://www.emakunde.euskadi.net/u72publicac/es/contenidos/informacion/pub\\_guias/es\\_emakunde/adjuntos/guia\\_lenguaje\\_sani\\_es.pdf](http://www.emakunde.euskadi.net/u72publicac/es/contenidos/informacion/pub_guias/es_emakunde/adjuntos/guia_lenguaje_sani_es.pdf)
17. Symintong A. Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica. Toronto, Article 9, Gènere i drets. Associació pels drets de les dones i el desenvolupament" (AWID), 2004. [Consultada el 22/11/09]. Disponible en:  
<http://awid.org/esl/Temas-y-Analisis/Library/Interseccionalidad-una-herramienta-para-la-justicia-de-genero-y-la-justicia-economica>
18. Mi papa me cuida. Guía de cuidados infantiles para una nueva paternidad. Asociación de Hombres por la Igualdad de Género (AHIGE) [Consultada el 22/11/09]. Disponible en:  
[http://www.ahige.org/guia\\_cuidados.pdf](http://www.ahige.org/guia_cuidados.pdf)
19. Blázquez M. Amor, sexualidades o lo que nos han contado sobre el amor como cuenta en nuestra(s) sexualidade(s). Bilbao, Ponència de les V Jornadas sobre Violencia de género i VIH: amor, sexo y otros cuentos; 27 d'octubre de 2008. [Consultada el 24/11/09]. Disponible en: [http://www.creacionpositiva.net/uploaded/area-prevencion/violencia/ponencia\\_maribel.pdf](http://www.creacionpositiva.net/uploaded/area-prevencion/violencia/ponencia_maribel.pdf)
20. Diaz-Aguado M<sup>a</sup> J. La prevención de la violència de gènere como reto de la sociedad actual. Barcelona, Ponència inaugural de la VIII Sessió de Treball de la Corporació Sanitària de Barcelona i el Sector d'Educació, Cultura i Benestar de l'Ajuntament de Barcelona: Circuit Barcelona contra la violència vers les dones. La prevenció, repte per a l'eradicació de la violència masclista, 11 de novembre de 2010

Aquest document ha estat elaborat sota la supervisió d' Eva Vela i Cristina Martínez de l'Associació Catalana de Llevadores

