



Edita



Financia



Ajuntament de Barcelona

GÈNERE I SALUT

Una visió global des d'experiències locals



GÈNERE I SALUT

Una visió global des d'experiències locals

Edita



Financia



Ajuntament de Barcelona

© Dels textos: els autors i les autores, 2015

© D'aquesta edició: Farmamundi 2015

EDITA:

Farmamundi Catalunya 2015

C/ Erasme de Janer, 8

08001 Barcelona

Telf: 93 244 44 55

Pàgina web: www.farmaceuticosmundi.org

FINANÇA:

Ajuntament de Barcelona

IL·LUSTRACIÓ PORTADA:

Carol Pujadas Torné

IMPRÈS A:

Barcelona, GràficCentre

ISBN: 978-84-608-3235-5

DIPÒSIT LEGAL: B 25661-2015

MAQUETACIÓ:

Anna Pibernat Mir

ÍNDEX

PRESENTACIÓ.....	5
EL CONDICIONANT DE GÈNERE EN LA SALUT	7
<i>E. Aguilà, C. Garcia, L. Pibernat, A. Solé</i>	
L'AGENDA INTERNACIONAL D'IGUALTAT DE GÈNERE	17
<i>M. Villemas</i>	
EL ROL DE LES XARXES I LES BONES PRÀCTIQUES PER A LA PROMOCIÓ DEL GÈNERE I LA SALUT	27
<i>S. Kasivika, G. Paluku, M.D. Masika</i>	
LA MEDICALITZACIÓ DE LES DONES	39
<i>A. Ara, B. Huber</i>	
MASCULINITAT I SALUT MENTAL: EL GÈNERE COM A CONDICIONANT	51
<i>X. Cela</i>	
FORMACIÓ EN SALUT SEXUAL I REPRODUCTIVA AMB ENFOCAMENT DE GÈNERE: UNA ASSIGNATURA PENDENT	65
<i>M.C. Velasco</i>	
VASHALI, EL FUTUR DE L'ÍNDIA TÉ NOM DE DONA	75
<i>J. Mansilla</i>	

PRESENTACIÓ

Aquest quadern publicat per Farmacèutics Mundi és un recull de set articles que han elaborat persones coneixedores de dos àmbits: la salut i el gènere. Quan aquests àmbits conflueixen apareixen nombroses temàtiques que són d'especial interès. Aquí en tractarem algunes. Hem demanat a aquestes persones expertes que des de la seva experiència ens parlessin dels temes que més coneixen.

Així, de manera introductòria trobem l'article "El condicionant de gènere a la salut", en què Farmacèutics Mundi, juntament amb Esperanza Aguilà, ofereixen una breu situació de la temàtica, que vol contribuir a què el lector se situï i tingui una perspectiva general dels articles que segueixen a continuació. Maria Villellas, de l'Escola de Cultura de Pau de la Universitat Autònoma de Barcelona, segueix amb un repàs de les polítiques de gènere i la seva inclusió en l'agenda internacional, en el capítol "L'agenda internacional d'igualtat de gènere". Sabine Kasivika, Gabriel Colibri Paluku i Marie-Dolorose Masika, des de diferents entitats de la República Democràtica del Congo, exploren el rol de les xarxes per a la promoció del gènere i la salut al Kivu Nord, en el capítol "El rol de les xarxes i les bones pràctiques per a la promoció del gènere i la salut". Al quart, Ana Ara i Bea Huber, des del Colectivo de Mujeres de Matagalpa (Nicaragua), expliquen com aspectes quotidians de les dones acaben convertint-se en patologies, en el capítol "Medicalització de la dona". Xavier Cela, de l'Associació Candela de Barcelona i del MARC (*Centre de Recerca en Antropologia Mèdica*), aborda la temàtica de la salut mental amb una perspectiva de gènere, amb l'article "Masculinitat i salut mental: el gènere com a condicionant". María Casilda Velasco, de Medicus Mundi Andalusia, continua exposant la necessitat d'incloure formació sobre gènere en l'àmbit de la salut en el capítol "Formació en salut sexual i

reproductiva amb enfocament de gènere: una assignatura pendent". Per acabar, José Mansilla, de Sonrisas de Bombay, amb "Vashali, el futur de l'Índia té nom de dona", se centra en la situació de vulnerabilitat de les nenes i en com la manca d'educació afecta el dret a la salut.

Amb tot, aquest quadern vol ser una eina de coneixement i aprofundiment sobre la temàtica del gènere i la salut. Volem destacar que aquest quadern vol donar veu a homes i dones del Sud i del Nord Globals, per a què, des de la seva experiència i coneixement locals, ens donin una visió global, tant pel que fa a la temàtica com als espais geogràfics que representen.

Finalment, volem agrair el suport a l'Ajuntament de Barcelona, que és qui ha finançat el document que es troba a les seves mans.

EL CONDICIONANT DE GÈNERE EN LA SALUT

Esperanza Aguilà, Cecília Garcia, Laia Pibernat, Aimada Solé



Fotograma de “Historias para contar”

EL CONDICIONANT DE GÈNERE EN LA SALUT

Esperanza Aguilà

Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris

Cecília Garcia, Laia Pibernat, Aimada Solé

Farmacèutics Mundi Catalunya

Article 25 de la Declaració Universal de Drets Humans:

1. Tota persona té dret a un nivell de vida que asseguri, per a ell i la seva família, la salut i el benestar, especialment quant a alimentació, vestir, habitatge, assistència mèdica i als serveis socials necessaris; també té dret a la seguretat en cas d'atur, malaltia, incapacitat, viduïtat, vellesa o altra manca de mitjans de subsistència independent de la seva voluntat.
2. La maternitat i la infantesa tenen dret a una cura i a una assistència especials. Tots els infants, nascuts d'un matrimoni o fora d'un matrimoni, gaudeixen d'igual protecció social.

Assemblea General de les Nacions Unides resolució 217 A (III), **Nova York, 10 de desembre de 1948**

El concepte de salut ha anat canviant amb el pas de la història, sent interpretada de diferent manera segons les cultures, societats, i evolucionant segons els diferents contextos socio-polítics. En un primer moment la salut es va considerar com l'“absència de malaltia”, malaltia d'origen físic, que s'estén al camp psicològic, així com personal i social. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) va definir l'any 1946 *salut* com un estat de complet benestar físic, mental i social, i no solament l'absència d'afeccions o malalties, donant a la definició de salut un

caràcter social, a més del somàtic¹.

Actualment, el concepte de salut té un enfocament més evolutiu i dinàmic, fent pràcticament impossible trobar una definició única i universal del terme. Aquesta constant evolució és molt important, degut a les conseqüències que comporta en les actuacions i planificacions en defensa de la salut al món².

La perspectiva de gènere proposa que per entendre com afecten aquests factors en cada cas, cal aprofundir en les diferències entre sexes, així com en les desigualtats socials, culturals i econòmiques que les societats generen entre els dos sexes. També en el cas de la salut.

Que és el Gènere?³

El concepte de gènere sorgeix a partir del moviment feminista a mitjan segle XX, posant en relleu les diferències entre les dones i els homes d'una mateixa societat que no poden ser explicades pels seus components biològics. És en aquest moment també quan apareix la teoria del sistema gènere/sexe.

Gènere es defineix com el conjunt de creences, valors, característiques i actituds personals, conductes i activitats que cada societat assigna diferentment a dones i a homes. Gènere és el resultat d'un procés de construcció social que canvia amb el temps i en cada cultura i subcultura. Es pot dir, per tant, que els sistemes de gènere són processos històrics que es desenvolupen a diferents nivells, dels macrosocials als

¹ Navarro, V. *Concepto Actual de Salud Pública*. Consultat a: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/fundamentos/navarro.pdf> [20-10-2015].

² Gavidia, V., Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*, nº 26, pp. 161-175.

³ Vegeu aquest tema amb més detall al capítol "Cuestiones de género: la invisibilidad de los problemas de salud de las mujeres", del dossier *Esenciales para la Vida de Farmamundi*, 2015.

microsocials (estat, mercat de treball, escoles, mitjans de comunicació, lleis, famílies i també les relacions interpersonals).

Per la seva banda, la teoria del sistema gènere/sexe explica com les formes de relació establertes entre homes i dones, en el si d'una societat, es construeixen sota un sistema de poder que defineix diferents condicions socials per a tots dos, d'acord amb els rols i les funcions que els han estat assignats.

Així, *gènere* respon a la realitat sociocultural i depèn de cada context, mentre que *sexe* fa referència a les característiques biològiques que distingeixen homes i dones i que són universals.

La teoria del sistema gènere/sexe es basa en un model de societat androcèntrica que posa l'home en el centre d'anàlisi de la realitat, alhora que oculta les dones i el seu paper al llarg de la història.

Així, segons la teoria gènere/sexe, la diferent consideració que la societat atorga a les persones d'acord amb el seu sexe, condiciona el seu desenvolupament, seleccionant subtilment quines coses han de ser reforçades i quines coses no, amb l'objectiu final d'incrementar o eliminar determinades conductes. Això es produeix a través del procés de socialització diferenciada, conegut com el procés de *socialització de gènere*, on s'adquireixen els rols establerts en funció de cada sexe, generant en cada societat i grup social estereotips masculins i femenins.

D'altra banda, si entenem com a *rol* el conjunt de tasques i funcions que es deriven de la situació d'una persona en relació al seu grup de pertinença, identifiquem els rols de gènere com aquells inherents a les tasques, funcions i conductes que tradicionalment s'han atribuït a un sexe com una cosa pròpia. Els rols s'interioritzen a través de les institucions i dels mecanismes que operen en el procés de socialització. Aquesta divisió, en funció del sexe, separa tota societat en dos camps diferenciats d'actuació, presència i responsabilitat.

Així doncs, finalment, la teoria del sistema gènere/sexe aplicada a l'anàlisi de salut ens permet analitzar la salut, abordant la realitat segons la *variable sexe*, i la *construcció gènere* amb les seves manifestacions segons els contextos geogràfics, històrics i culturals determinats. Això ens permet visualitzar les relacions de jerarquia i desigualtat entre dones i homes, i les conseqüències sobre la salut de tots dos. El sistema gènere/sexe permet també conèixer com dones i homes perceben i valoren la seva salut, les creences del seu entorn i les motivacions profundes que es troben a la base dels comportaments, siguin aquests saludables o nocius.

Desigualtats en salut⁴

Les desigualtats sanitàries, segons l'OMS, són *aquelles desigualtats evitables en matèria de salut entre grups de població d'un mateix país, o entre diferents països. Aquestes iniquitats són el resultat de desigualtats en el si de les societats i entre societats. A més les condicions socials i econòmiques, i els seus efectes en la vida de la població, determinen el risc d'emmalaltir i les mesures que s'adopten per evitar que la població emmalalteixi, o per tractar-la⁵.*

També segons l'OMS, per aconseguir els nivells de salut més alts, les

⁴ Rodríguez, M., Pérez, E., Moratilla, L. [2012]. *Guía didáctica de formación de formadoras y formadores para la atención de la violencia de pareja hacia las mujeres*. Agencia Laín Entralgo. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.; Fundación Mujeres. Consultat a: http://www.mujeresenred.net/IMG/pdf/la_primera_discriminacion-2.pdf [20-10-2015].; Valls-Llobet, C. [2005]. Las causas orgánicas del malestar de las mujeres. *Mujeres y Salud*, nº 16, pp. 5-10.; Cousino, L., Taylor, S. [2000]. Biobehavioral responses to stress in females: tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological Review*, Vol. 107, nº 3, pp. 411-429., Borrell, C., Benach, J. [2003]. *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Informe CAPS-Fundació Jaume Bofill.

⁵ OMS. Conceptos clave. Consultat a: http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/es [20-10-2015].

polítiques sanitàries han de reconèixer que les dones i els homes, a causa de les seves diferències biològiques i dels seus rols de gènere, tenen necessitats, obstacles i oportunitats diferents.

Cal considerar el gènere dins l'anàlisi de les desigualtats socials en salut pels efectes que comporta, tant pel que fa a les causes (conductes relacionades amb la salut o la utilització dels serveis sanitaris de la població), com a les conseqüències en la salut (malaltia o mortalitat). Cal tenir també present que les desigualtats de gènere no actuen aïllades sinó que interaccionen amb altres factors com la classe social, l'ètnia o la religió. De manera que, no totes les dones o tots els homes d'una societat determinada experimenten les desigualtats en la salut de la mateixa manera.

Per la seva banda, la comparació sistemàtica de variables i indicadors de salut entre dones i homes és una manera de visibilitzar les diferències i desigualtats entre els dos sexes. D'aquesta manera, les investigacions sobre les relacions entre gènere i salut assenyalen i supleixen l'absència de dades indispensables per al coneixement de les condicions de les dones. A més, posen de relleu els biaixos produïts per generalitzacions en el coneixement, que sovint es fonamenten en estudis basats únicament en la població de sexe masculí.

Diferències en salut i morbiditat diferencial de les dones⁶

L'anàlisi de les diferències en salut comporta l'estudi de la *morbiditat femenina diferencial*. És a dir, el conjunt de malalties, motius de consulta o factors de risc que mereixen una atenció específica cap a les dones; poden estar relacionades amb la salut sexual i reproductiva o simplement presentar una major prevalença en les dones com és el cas

⁶ Valls-Llobet, C., Benaqué, M., Fuentes, M., Ojuel, J. [2008]. Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. *Anuario de Psicología*, nº 39(1), pp. 9-22.

de les anèmies, el dolor crònic, les malalties autoimmunes o endocrines, l'ansietat i la depressió. Al mateix temps, aquesta morbiditat femenina diferencial pot estar causada per les diferències biològiques respecte al sexe masculí però sens dubte està també influenciada pels patrons de gènere que condicionen la vida de les dones en totes les seves dimensions: laborals, econòmiques, socials, psicològiques, etc. Dos casos a destacar serien per una banda, les morts de dones causades per complicacions durant l'embaràs o el part, el 99% de les quals ocorren en països d'ingressos mitjans o baixos; i per altra banda, els problemes derivats de la manca d'accés als mètodes de planificació familiar. Si sota aquest enfocament analitzem exemples de salut de dones i d'homes, i a més ho fem amb una perspectiva global, veurem que aquests coneixements es poden aplicar a dones i homes de qualsevol país. A més, també veurem que aquests coneixements, en la majoria dels casos, no són reconeguts pels sistemes de salut, ni difosos al personal professional en exercici o en fase de formació.

A tot això, cal assenyalar que les dones poden patir discriminacions d'un altre ordre, per raó de sexe, edat, origen, religió, classe, orientació sexual o discapacitat. Totes aquestes discriminacions tenen un efecte multiplicador i s'afegeixen a un element central, el condicionant de gènere.

Desigualtats de gènere en salut als països empobrits

Les desigualtats de gènere en la salut dels països de renda mitja o baixa i grups socials empobrits no es poden veure de forma aïllada, sinó que han de ser compreses en el seu context global. En la situació actual de "feminització de la pobresa", les dones queden relegades a un paper de subordinació i dependència econòmica dels homes, el que afecta

tots els aspectes de la vida i de la societat⁷. Així, les dones pateixen més violència tant física com psicològica alhora que es limita l'accés de les dones als recursos de poder i a la presa de decisions. Tots ells són aspectes essencials per a la gestió de la salut i suposen múltiples barreres per a l'accés a aquesta i als tractaments necessaris per assegurar-la. Davant d'aquesta situació, les desigualtats de gènere en salut comencen fins i tot abans de néixer, per exemple, quan els pares utilitzen l'avortament selectiu segons el sexe per posar fi a la vida dels embrions femenins.

Tot i que alguns problemes de salut de les dones són similars als dels homes, sovint els símptomes varien i són més difícils d'identificar en les dones, a causa de la visió androcèntrica de les ciències de la salut. Les dones sovint tendeixen a minimitzar els seus problemes de salut, com a part d'una "cultura de silenci" i se senten avergonyides de relatar les malalties que pateixen, especialment si es transmeten sexualment, o si no són una amenaça immediata per a la seva vida⁸. Així per exemple, en zones empobrides o en comunitats rurals, on la sobrecàrrega de treball que recau sobre les dones al camp, a la llar i la cura dels nens, el llindar de malaltia reconegut per les dones és molt alt per assegurar que podran treballar. És per això, que les dones suporten grans quantitats de dolor i malestar abans d'admetre que estan malaltes.

Al món, les dones i els nens són els grups de població més afectats per la pobresa, la fam, les condicions de vida en situacions límit, les malalties i la manca d'atenció sanitària. Malgrat el nombre de dones

⁷ Segons el Fons de Població de les Nacions Unides, el 70% de la població que viu amb un dòlar o menys són dones o nenes. [Farmamundi. (2015). *Esenciales para la Vida*].

⁸ Younis, N., Khattab, H., Zurayk, H., el-Mouelhy, M., Amin, M.F., Faraq, AM. (1993). A community study of gynaecological and related morbidities in rural Egypt. *Studies in Family Planning*, nº 24{3}, pp. 175-186; Heise, L., Elias, C. (1995). Transforming AIDS prevention to meet women's needs: a focus on developing countries, *Social Science and Medicine*, nº 40{7}, pp. 931-943.

treballadores amb una feina remunerada ha augmentat molt en aquests països, la majoria de les dones no han seguit una educació formal i tenen feines mal pagades⁹.

Farmamundi i l'enfocament de gènere

Farmamundi com a ONG per al desenvolupament, entén el dret a la salut com un element fonamental per al desenvolupament de les comunitats. En aquest sentit, a partir de la constatació de les desigualtats de gènere actuals i els seus efectes en l'accés a la salut i als tractaments per assegurar-la, és clau incloure en tot el nostre treball l'enfocament de gènere i de drets humans, ja sigui en cooperació, acció humanitària o educació per al desenvolupament. Només així es podran aconseguir canvis realment transformadors en les societats, tant llunyanes com properes, que protegeixin i garanteixin els drets de les persones, amb especial èmfasi en aquells grups més vulnerables o desfavorits com és el cas de les dones.

Per tal d'assolir aquests canvis és essencial que el treball per al desenvolupament, entès com a obtenció de justícia social, inclogui les dimensions d'apropiació i mútua responsabilitat entre els actors, alineament i harmonització de polítiques i sostenibilitat en el temps, així com una rendició de comptes transparent i participativa.

Els resultats del nostre treball han de comportar la capacitat i l'apoderament necessaris per a què cada persona sigui protagonista real del seu present i del seu futur, així com el de les seves comunitats i països. Entendre el paper del condicionant de gènere, juntament amb altres formes de discriminació causades per les desigualtats i de les

⁹ Munguti, S. [1997]. *Problemas especiales de las mujeres trabajadoras en un país en desarrollo-Kenia*. Ponencias del Congreso Internacional: Mujer, salud y trabajo. Vivir con salud, haciendo visibles las diferencias. Consultat a: <http://www.nodo50.org/mujeresred/salud-caps-q.htm> [20-10-2015].

iniquitats de salut en el món, és fonamental per al disseny d'estratègies que comportin l'eliminació d'aquestes desigualtats, així com per al gaudi ple i just del dret a la salut en el món.

L'AGENDA INTERNACIONAL D'IGUALTAT DE GÈNERE

Maria Villellas Ariño



Congrés de la Lliga Internacional de Dones per la Pau i la Llibertat
[Women's International League for Peace and Freedom, WILPF]

L'AGENDA INTERNACIONAL D'IGUALTAT DE GÈNERE¹⁰

Maria Villellas Ariño

*Investigadora de l'Escola de Cultura de Pau i integrant de WILPF
(Women's International League for Peace and Freedom)*

Diverses dècades de treball internacional d'impuls de l'agenda internacional per la igualtat de gènere han portat a molts avenços en l'àmbit dels drets de les dones. No obstant això, una anàlisi crítica de les polítiques de gènere a escala internacional ens porta a fer un balanç agredolç del que s'ha assolit. Alguns d'aquests avenços són evidents, però cada vegada són més nombroses les veus que adverteixen dels riscos que els èxits aconseguits en matèria de drets i reconeixement de les dones a nivell internacional, no només no siguin definitius, sinó que les possibilitats de retrocés són cada vegada menys remotes. A la dècada dels setanta les Nacions Unides es va comprometre a impulsar l'equitat de gènere i els drets de les dones –fruit fonamentalment de l'empenta per part del moviment feminista internacional– i es va aconseguir l'aprovació de la Convenció per a l'Eliminació de Totes les Formes de Discriminació Contra la Dona (CEDAW, per les seves sigles en anglès). La CEDAW ha estat el marc normatiu internacional fonamental que ha permès al moviment de dones tenir una eina sobre la qual recolzar-se, però és important assenyalar que des de la seva aprovació, l'agenda feminista internacional ha crescut incorporant diferents preocupacions i debats, reflectint l'enorme pluralitat del subjecte polític femení. Algunes de les qüestions centrals que han eixamplat l'agenda han estat els drets sexuals i reproductius, les identitats de gènere i la

¹⁰ Alguns fragments d'aquest article van ser publicats originalment a: Escola de Cultura de Pau, "Integrando paz y desarrollo: avances en la agenda internacional para la igualdad de género". *Oportunidades de paz y escenarios de riesgo*, Escola de Cultura de Pau, 2014.

superació del marc binari heteronormatiu, gràcies a les aportacions del moviment i la teoria Queer o l'agenda sobre dones, pau i seguretat, entre moltes altres qüestions.

Però, com s'han articulat a nivell internacional aquestes agendes i amb quins resultats? Fem un breu repàs al desenvolupament de l'agenda internacional d'equitat de gènere en les últimes dècades. Com hem assenyalat anteriorment, l'adopció de la CEDAW per l'Assemblea General de l'ONU va representar el punt de partida per a moltes polítiques internacionals en matèria d'equitat de gènere. La CEDAW compromet els estats membre a eliminar qualsevol forma de discriminació entre homes i dones, a posar fi a les legislacions excloents o discriminatòries i a portar a terme polítiques públiques per promoure la igualtat real. La CEDAW va representar el reconeixement a nivell normatiu del dret bàsic de les dones a l'educació, la sanitat, l'ocupació, el sufragi actiu i passiu en condicions d'igualtat i no discriminació. Actualment, 189 Estats són part de la CEDAW, amb algunes absències notòries com les dels EUA, l'Iran, Somàlia, Sudan o Sudan del Sud.

La dècada dels noranta va ser sense cap dubte un segon moment d'enorme importància per a l'avenç de l'agenda d'igualtat amb dues fites d'enorme importància: la Conferència sobre Població i Desenvolupament d'El Caire, el 1994, i la Quarta Conferència Mundial sobre la Dona, celebrada a Beijing el 1995. La Conferència d'El Caire va representar un recolzament al reconeixement internacional dels drets sexuals i reproductius, que són els "drets de les dones i els homes a tenir control respecte de la seva sexualitat, a decidir lliurement i responsable sense veure's subjectes a la coerció, la discriminació i la violència; el dret de totes les parelles i individus a decidir de manera lliure i responsable el nombre i espaïament dels seus fills i a disposar de la informació, l'educació i els mitjans per a això, així com a assolir el nivell més elevat de salut sexual

i reproductiva”¹¹. El reconeixement d’aquests drets i el seu exercici és un dels assumptes centrals del moviment feminista i que moltes dones han sintetitzat expressant-lo com “dret al propi cos”. Si bé El Caire va donar forma a algunes de les reivindicacions de les organitzacions de dones i els grups feministes en el seu Programa d’Acció, també és cert que qüestions d’enorme importància com la despenalització de l’avortament o el reconeixement de la diversitat sexual van quedar fora de la agenda en aquell moment. Els drets sexuals i reproductius no tenen un reconeixement normatiu i els actors internacionals més conservadors, entre ells diferents governs marcadament conservadors així com grups religiosos de diferent signe, han intentat obstaculitzar qualsevol avenç en aquest àmbit. La capacitat d’incidència del moviment feminista a El Caire va suposar un reconeixement al fet que la sexualitat i la reproducció són dos àmbits diferenciats i travessats per dimensions polítiques, culturals, econòmiques i socials. No obstant això, cal assenyalar que gran part de les polítiques emanades d’aquest moment van estar centrades sobretot en assumptes vinculats a la planificació familiar i la salut maternoinfantil i no necessàriament des de l’enfocament global i ampli defensat pel moviment feminista.

El 1995 es va celebrar la Quarta Conferència Internacional sobre la Dona a Pequín on es va aprovar la Plataforma d’Acció de Beijing. Segurament va ser el moment més important des de l’aprovació de la CEDAW l’any 1979. La plataforma va marcar una sèrie d’objectius estratègics encaminats a aconseguir l’apoderament de les dones i la millora de les seves condicions de vida a tot el món mitjançant la consecució de la igualtat de gènere en dotze àmbits considerats d’especial preocupació: el medi ambient; l’exercici del poder i l’adopció de decisions; la nena; l’economia; la pobresa; la violència contra la dona; els drets humans

¹¹ Maoño, C., Vázquez, N. [2000]. “*Derechos sexuales y reproductivos*” *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo*, Icaria i Hegoa.
<http://www.dicc.hegoa.ehu.es/>

de la dona; l'educació i capacitació; mecanismes institucionals per al progrés de la dona; la salut; els mitjans de difusió; i els conflictes armats. Aquesta Conferència, que va unir a desenes de milers de dones de tot el món, va suposar un impuls sense precedents per al moviment de dones i un trampolí per al treball per l'equitat de gènere a escala internacional.

Un lustre després de la Conferència de Beijing van tenir lloc dos esdeveniments de gran importància a nivell internacional. En primer lloc es va produir l'adopció per Nacions Unides dels Objectius de Desenvolupament del Mil·lenni (ODM), en el marc de la Cimera del Mil·lenni. No obstant això, l'impuls donat per Pequín només va aconseguir penetrar tímidament l'agenda per al desenvolupament internacional. Dos objectius incloïen de manera explícita la dimensió de gènere: 1) promoure la igualtat entre els sexes i l'apoderament de la dona i 2) millorar la salut materna. A més, es van incloure altres objectius que en el seu desenvolupament incloïen qüestions de gènere, com ara el de l'eradicació de la pobresa extrema i la fam.

En paral·lel, les dones i la perspectiva de gènere també s'obrien pas en l'agenda internacional sobre pau i seguretat, amb l'aprovació també l'any 2000 de la resolució 1325 sobre les dones, la pau i la seguretat pel Consell de Seguretat de l'ONU. L'aprovació d'aquesta resolució va representar l'inici del que posteriorment s'ha anomenat l'agenda sobre dones, pau i seguretat. Per primera vegada el Consell de Seguretat de l'ONU era escenari d'un debat sobre l'impacte dels conflictes armats en les dones i les nenes i el paper que les dones juguen en la construcció de la pau a nivell local i internacional. Després de l'aprovació de la resolució 1325 s'han aprovat sis resolucions, desenvolupant i complementant a aquesta primera. També en aquesta ocasió el moviment de dones va jugar un paper fonamental, quan diverses organitzacions de dones encapçalades per la Women's International League for Peace and Freedom (WILPF) van promoure que el Consell de Seguretat de Nacions Unides es posicionés sobre el dret de les dones a participar activament

en la construcció de la pau, alhora que es reconeixien els impactes específics de gènere dels conflictes armats i la violència.

Així doncs, podem afirmar que estem en un moment en què hi ha eines a nivell internacional per impulsar els avenços en matèria d'igualtat i drets de les dones. Però també són cada vegada més nombroses les veus que adverteixen del risc real de retrocés en els compromisos ja adquirits pels governs pel que fa als drets de les dones. Una mostra d'aquesta situació és el que ve succeint en els últims anys en la Comissió de la Condició Jurídica i Social de la Dona, òrgan internacional intergovernamental, la comesa del qual és la promoció de la igualtat de gènere i l'apoderament de les dones i on es porta a terme una revisió de la implementació de la Plataforma d'Acció de Beijing. Les organitzacions de dones han denunciat com, cada vegada més, l'enfocament de drets està absent de les declaracions d'aquest organisme, i com qüestions d'enorme rellevància com els drets sexuals i reproductius, els drets de les persones LGTBI o el gravíssim impacte de la crisi financera internacional sobre les dones, no són recollides amb prou força i amb un llenguatge contundent, en un allunyament cada vegada més evident dels compromisos recollits en la Plataforma d'Acció.

2015 és un any de revisió de molts compromisos internacionals, amb impactes directes en l'agenda internacional d'igualtat de gènere i drets de les dones. Algunes de les iniciatives més importants fan referència als ODM i a la resolució 1325 del Consell de Seguretat de l'ONU sobre les dones, la pau i la seguretat.

Aquest procés de revisió ha implicat l'avaluació de la implementació dels ODM, la Plataforma d'Acció de Beijing i la resolució 1325, i en segon lloc la millora d'aquesta implementació, en alguns casos amb l'aprovació de nous instruments, com els nous objectius que substituïran els ODM. Les organitzacions de dones han reclamat que aquesta nova agenda per al desenvolupament inclogui en major mesura l'equitat de gènere

—la integració en els ODM va ser molt feble— i que a més es produeixi una major integració de l'agenda sobre dones, pau i seguretat, argumentant que la pau i la seguretat són condicions necessàries i imprescindibles per al desenvolupament, i que aquest no es pot aconseguir sense la igualtat de gènere.

Les propostes oficials per a aquesta nova agenda de desenvolupament, aprovades el setembre de 2015, contemplen la creació d'un objectiu en si mateix sobre igualtat entre els gèneres, l'apoderament de la dona i els drets humans de dones i nenes, de caràcter molt més ambiciós que el que s'incloua en els ODM. Les noves propostes contemplen que per aconseguir l'equitat de gènere i l'apoderament de les dones i les nenes s'ha d'eliminar la discriminació i totes les formes de violència contra aquestes, a més de produir-se l'eradicació de pràctiques nocives com el matrimoni infantil, reconèixer el dret de les dones a la possessió de terres i garantir la participació igual i efectiva en la vida política, econòmica i pública. A més, s'inclou l'accés universal a la salut i el respecte als drets sexuals i reproductius, a més de la reducció en la mortalitat materna. També es fa una referència explícita al treball no remunerat de la cura i el treball domèstic. Malgrat les reticències de molts estats, algunes propostes de les organitzacions de dones finalment han aconseguit penetrar en els documents oficials, d'acord amb tots els compromisos internacionals que fins al moment s'han gestat per promoure l'equitat de gènere. En paral·lel, també es pot considerar un avenç positiu que es contempli com a objectiu promoure o garantir societats pacífiques, inclusives i estables.

No obstant això, les organitzacions de la societat civil i específicament les organitzacions de dones, han apuntat també a les mancances de les propostes i la necessitat que siguin molt més ambicioses: no es posa en qüestió de manera substantiva l'actual model econòmic neoliberal i les polítiques macroeconòmiques que es troben darrere de bona part de les profundes desigualtats, la pobresa —incloent la seva feminització

i la seva transferència intergeneracionalitat— així com de la perpetuació d'alguns conflictes armats. No s'aborda el greu impacte de la crisi financera i econòmica ni les nefastes conseqüències que les polítiques d'austeritat estan tenint sobre el benestar de la població mundial, i en particular sobre les dones. A més, es posa un gran èmfasi en el paper dels actors privats en el desenvolupament, sense al·ludir a la seva responsabilitat directa en les difícils i injustes condicions de vida de bona part de la població mundial.

Pel que fa a la inclusió de la pau i la seguretat en l'agenda sobre desenvolupament, hi ha algunes mancances importants des d'una perspectiva de gènere, ja que s'haurien deixat fora aspectes crucials com el desarmament i la desmilitarització, així com indicadors per mesurar l'impacte de la violència més sensibles al gènere. Per exemple, es proposa mesurar la consecució de l'objectiu de societats pacífiques a partir de les morts violentes, deixant fora altres impactes que afecten més específicament a les dones, com la violència sexual o el desplaçament forçat de població. En paral·lel, hi ha el risc afegit d'aprovació de documents ambiciosos amb objectius exhaustius que tinguin una bona acollida per la societat civil, però que posteriorment no siguin implementats pels governs.

Per a la revisió de la resolució 1325 s'està elaborant un estudi global sobre la seva implementació coordinat per Radhika Coomaraswamy, antiga relatora especial sobre la violència contra les dones i que compta amb l'assessorament d'un grup de persones expertes de la societat civil, les Nacions Unides i altres àmbits. A més, es durà a terme una revisió d'alt nivell per avaluar els avenços i els reptes pendents 15 anys després de la posada en marxa de l'agenda sobre dones pau i seguretat. En paral·lel, les organitzacions de dones estan presentant nombroses recomanacions, emfatitzant la necessitat que el debat se centri en com enfortir la participació de les dones en tots els àmbits de construcció de la pau i traduir els compromisos adquirits en acció política i no en la

elaboració de nous instruments.

En les últimes dècades el moviment feminista internacional ha aconseguit fer-se un lloc important en l'agenda política internacional, penetrant múltiples àmbits d'acció que van des de la salut i el desenvolupament, a la pau i la seguretat, passant per l'economia i l'educació. El moviment de dones ha aconseguit impulsar una agenda de drets posant de manifest que la plena ciutadania de les dones només s'aconseguirà des de l'acció política decidida i plena de propostes que posi en el centre l'agència, l'autonomia i la condició de subjectes polítics de les dones. El camí recorregut en les últimes dècades ha estat ple d'obstacles, però també d'aprenentatges que ens han permès desenvolupar aquesta *curiositat feminista*¹² de la qual parla Cynthia Enloe i que ens mou a prendre'ns les vides de les dones seriosament i a qüestionar les dinàmiques patriarcals que poden derivar en la pèrdua de drets i l'exclusió de les dones. La fortalesa adquirida pel moviment feminista en les últimes dècades i la seva capacitat per articular propostes, haurien de servir per apuntalar una agenda internacional d'exigència als estats per a què mantinguin els compromisos adquirits per a aconseguir la igualtat plena i substantiva.

¹² Enloe, C. (2004). *The Curious Feminist. Searching for Women in a New Age of Empire*, University of California Press.

EL ROL DE LES XARXES I LES BONES PRÀCTIQUES PER A LA PROMOCIÓ DEL GÈNERE I LA SALUT

Sabine Kasivika Kahindo, Gabriel Colibri Paluku Kavunga,
Marie-Dolorose Masika Kafanya



Acció de sensibilització al Centre Hospitalari de FEPSI

EL ROL DE LES XARXES I LES BONES PRÀCTIQUES PER A LA PROMOCIÓ DEL GÈNERE I LA SALUT

Sabine Kasivika Kahindo

Directrice de l'IMF¹³/FAEF¹⁴ à Butembo/Nord-Kivu i Consultant en Genre

Gabriel Colibri Paluku Kavunga

Professeur Assistant 2e mandat (ASS2) dans le Département d'Études du Genre à l'Université Officielle de Ruwenzori à Butembo/Nord-Kivu.

Marie-Dolorose Masika Kafanya

Sécretaire Exécutive de l'ONG FEPSI à Butembo/Nord-Kivu

Introducció

La unió fa la força. I la unió d'unions, comporta una major eficàcia. Podríem dir que, en l'àmbit internacional, les dones s'han apoderat d'aquest pensament, creant moviments internacionals i nacionals de dones. És aquesta presa de consciència la que ha suposat una punta de llança per a l'exercici d'una pressió sobre la comunitat internacional i els estats que, finalment, han previst disposicions relatives respecte dels Drets Humans en els instruments jurídics internacionals i nacionals.

D'entre els drets més fonamentals, aquest article aprofundeix sobre la igualtat entre sexes i la salut. És per això, i per tal d'augmentar la seva eficàcia, que les dones, començant a escala local, han creat associacions amb la intenció de treballar en xarxa, amb sòcies externes i amb la comunitat en general, però també amb els homes, per tal de què el problema de la discriminació de la dona no esdevingui a la llarga un problema de discriminació de l'home, sinó que puguem resoldre de manera conjunta el tema del gènere. És des d'aquesta perspectiva que presentem aquest article sobre el paper de les xarxes i les bones

¹³ Institution de Micro-Finance

¹⁴ Fonds d'Appui pour l'Entrepreneuriat Féminin

pràctiques per a la promoció del gènere i la salut.

Són molts els treballs que s'han publicat sobre salut i gènere. Hem volgut ser més pragmàtics, i centrar-nos en les activitats de les xarxes de dones a la República Democràtica del Congo (RDC); concretament, a la província de Kivu Nord.

I per centrar bé el tema d'estudi, ens fem la pregunta següent: "Per què les associacions de dones han de treballar en xarxa amb entitats externes?". Podríem dir que per ser més eficients, atès que a escala local els recursos són escassos. Aquest article vol mostrar l'extrema necessitat del treball en xarxa, sense oblidar la comunitat en conjunt i els homes en particular. S'hi arribarà a partir dels resultats obtinguts amb l'anàlisi documental o d'entrevistes de les xarxes de dones del Kivu Nord, en el període comprès entre els anys 2000 i 2013.

Panoràmica de les xarxes de dones al Kivu Nord

A través d'aquest article, volem mostrar que l'existència de xarxes de dones i el seu treball en sinergia amb socis exteriors és una realitat viva al Kivu Nord, tal i com mostren les dades de SAFDF i LOFEPACO a la taula següent.

Taula 1: Panoràmica de les xarxes de dones.

	Xarxa de dones	Data de creació	Objectiu global
I	SAFDF : Solidarité des Associations, des Femmes pour les Droits de la Femme et de l'Enfant	2003	Crear un espai d'intercanvi sobre els drets de les dones i els infants
II	LOFEPACO : Ligue des Organisations des Femmes Paysannes du Congo	2000	Promoure i defensar els interessos de les dones pageses

Font: Arxius de SAFDF i LOFEPACO consultades el mes de maig 2015.

De la lectura de la taula 1, es pot dir que hi ha dues grans xarxes operant: la SAFDF i la LOFEPACO. Aquestes xarxes tenen, al mateix temps, altres membres dins la seva estructura: per la SAFDF: ADDF¹⁵, FEPSI¹⁶, etc.; per la LOFEPACO: SYDIP¹⁷, IFED¹⁸, etc.

Per informar els nostres lectors de la necessitat de les dones d'unir-se i de treballar en xarxa amb els socis, amb la comunitat i amb els homes, i tenint en compte els temes que tractem aquí, la salut i el gènere, trobem útil analitzar més profundament les dades es refereixen a l'ONG FEPSI.

El cas de l'associació FEPSI: bones pràctiques en xarxa

Presentació i anàlisi de dades

La informació que exposem a continuació mostra els resultats de les activitats de l'associació: bones pràctiques, processos i activitats d'èxit, a partir del treball en xarxa i la col·laboració amb altres entitats.

a. Creació de l'estructura FEPSI

FEPSI es va crear a Butembo el 9 de juliol de l'any 2000 com una organització de dones amb vocació sanitària.

A partir de la història de FEPSI, que no detallarem aquí, apuntarem alguns elements clau de l'associació. D'una banda, l'esperit d'associació i la intel·ligència pràctica que han mostrat les fundadores, que van saber aprofitar una oportunitat, l'existència de víctimes de violència sexual, per a establir una estructura que treballa en aquest àmbit, recolzant-se en els seus propis mitjans. D'altra banda, el coratge, la determinació i

¹⁵ Association pour la Défense des Droits de la Femme et de l'Enfant.

¹⁶ Femmes Engagées pour la Promotion de la Santé Intégrale.

¹⁷ Syndicat de Défense des Intérêts Paysans.

¹⁸ Initiatives Femmes, Enfants et Développement.

l'obertura, han permès que l'estructura de FEPSI hagi anat creixent amb el suport de socis externs.

b. Construcció del Centre Hospitalari FEPSI (CH/FEPSI)

Actualment compta amb 65 llits i un servei de 24 hores. En un primer moment, el Centre va rebre el suport econòmic i un aprovisionament de medicaments de la MONUSC (Missió de Nacions Unides al Congo) i de l'OMS (Organització Mundial de la Salut) l'any 2005. Aquest suport va permetre l'adquisició de la parcel·la i els primer treballs de construcció. L'any 2006, el suport de Farmamundi va finançar la construcció de la major part de l'actual Centre, que finalitzarà amb el suport de WHH¹⁹/Allemande.

Així, és clar que la construcció d'aquest Centre Hospitalari és el fruit de la col·laboració entre FEPSI i entitats col·laboradores externes.

c. Serveis sanitaris

L'atenció sanitària és gratuïta al CH/FEPSI per a les persones més vulnerables, prioritàriament les víctimes de violència sexual, les persones que viuen amb VIH/sida i població desplaçada per guerres o catàstrofes naturals. No obstant això, altres tipus de pacients són atesos al Centre, per una banda, per evitar l'estigmatització de les persones vulnerables, i per l'altre, per aconseguir un cert autofinançament a partir del cobrament de serveis.

Des de l'any 2008, FEPSI treballa en col·laboració amb les estructures sanitàries de vuit Zones de Salut dels territoris de Beni i Lubero, mitjançant la col·laboració amb la plataforma SAFDF, Farmamundi i WHH.

A la taula següent es pot observar una visió general de l'atenció

¹⁹ Welt Hunger Hilfe.

sanitària al CH/FEPSI, des de 2003 fins a 2013.

Taula 2: Evolució de l'atenció sanitària al CH/FEPSI.

Any	VVS ²⁰			PWV ²³	Desplaçats	Malalties Ordinàries
	CN ²¹	CA ²²	TOTAL			
2003	40	14	54	3	240	418
2004	111	94	205	5	198	133
2005	225	195	420	32	144	76
2006	300	320	620	24	164	464
2007	426	467	893	52	17	1473
2008	519	475	994	85	191	2493
2009	444	651	1095	116	225	2487
2010	275	389	664	234	84	2886
2011	216	367	583	248	60	4135
2012	277	581	858	235	0	2486
2013	663	373	1036	335	0	2006

Font: Arxius del Secretariat Executiu de l'ONG FEPSI consultades el mes de maig de 2015.

d. Sensibilització

En un primer moment, les sessions de sensibilització les feien dinamitzadores de FEPSI i les conselleres dels llocs d'intervenció. Actualment, les sessions es realitzen amb la participació activa de set sectors diferents: religió, mitjans de comunicació, salut, educació, jurídic, polític-administratiu i militar (policia i exèrcit), fent-les més

²⁰ Víctimes de Violència Sexual.

²¹ Casos Antics.

²² Casos Nous.

²³ Persones que Viuen amb el VIH/sida.

efectives. Els principals temes abordats són:

- Violències sexuals basades en el gènere
- VIH/sida
- Salut sexual i reproductiva
- Gènere i desenvolupament

e. Assistència psicològica

FEPSI disposa d'una sala d'escolta i d'un equip d'infermeres conselleres, sota l'orientació d'un psicòleg per atendre les víctimes o clients que són escoltats i assistits amb tècniques de detraumatització, a través del treball en grup.

f. Assistència jurídica

FEPSI treballa amb la ONG local FJDF²⁴ per a les necessitats d'acompanyament judicial. FEPSI ha instal·lat un gabinet jurídic en el recinte del hospital per informar a les víctimes sobre la possibilitat de suport i orientació legal en cas que així ho demanin. FJDF dóna suport a aquest servei amb la presència permanent d'una advocada.

g. Formació

FEPSI organitza, almenys un cop per setmana, formacions per al seu personal, sobre els casos complicats tractats al centre hospitalari. Anualment s'organitzen formacions de reforç dels coneixements i dels nous protocols sobre l'atenció a les VVS i les persones que viuen amb el VIH/sida, tant per al seu personal com per a altres prestadors de serveis sanitaris de la zona. A partir de l'any 2013, també s'organitzen sessions per als líders comunitaris dels set sectors citats anteriorment, per a

²⁴ Femmes Juristes pour les Droits de la Femme.

l'articulació d'una estratègia coherent i eficaç de lluita contra la violència sexual i altres violacions de drets humans basades en el gènere. És mitjançant aquest tipus d'activitats que ens adonem de la col·laboració de FEPSI amb la comunitat.

h. Assistència socioeconòmica

FEPSI actua en la reinserció i reintegració social de les víctimes de violència sexual. Fins a l'any 2013 FEPSI, per tal de contribuir a la reinserció econòmica i social de les VVS, oferia sessions de generació de recursos mitjançant l'explotació de cabres. Actualment, s'ofereix formació sobre la gestió d'activitats generadores de recursos sobretot enfocades al petit comerç. Si l'any 2010 s'havien format 20 dones, l'any 2013 la xifra va ser de 200. Aquest suport és important en tant que la salut està condicionada pels mitjans econòmics de què es disposi.

L'anàlisi de totes aquestes accions, i tantes altres no citades expressament en aquest article, ens porta a assenyalar que el suport de socis externs és una necessitat, raó per la qual volem presentar a títol il·lustratiu alguns d'aquests socis i els projectes que recolzen a la taula següent.

Taula 3: Socis i projectes de FEPSI

	Socis	Projectes	Facilitador
01	Farmacèutics Mundi (Espanya)	1. Construcció del Centre Hospitalari/FEPSI 2. Subministrament de medicaments i materials de cura 3. Implantació de centres de detecció voluntària (CDV) 4. Etc.	
02	CMC (Holanda)	5. Sensibilització sobre gènere i governança	GADHOP
03	BOAD	6. Formació i reinserció de VVS	

Font: Arxius del Secretariat Executiu de FEPSI consultats el mes de maig de 2015.

FEPSI i la promoció del gènere

Com a associació femenina, FEPSI advoca per l'enfocament de gènere, afavorint l'equitat entre homes i dones a tots els nivells i en tots els àmbits en què treballa. Així, el seu personal està compost per homes i dones al voltant d'un 50% (48 homes i 52 dones). A més, per consolidar el respecte del gènere en els òrgans dirigents i la presa de decisions, el comitè d'experts està també format per homes i dones.

Breu discussió dels resultats

Els grups i les xarxes de dones funcionen com un sistema. Els seus recursos són interns i externs. Aquests recursos (humans, materials, financers o morals) són l'input del sistema mentre que les accions realitzades formen l'output. Per impregnar-nos d'aquests elements, en el context d'aquest article, la tècnica documental i l'entrevista individual

han estat eines molt valuoses.

En la nostra investigació dues grans xarxes de dones, SAFDF i LOFEPACO, ens han cridat l'atenció, tot i que a la regió del Kivu Nord hi ha altres organitzacions de dones. D'altra banda, per encaixar bé en les àrees que cobreixen aquest article, salut i gènere, vam haver de limitar el nostre camp d'estudi, centrant-nos en les activitats dins de l'estructura FEPSI.

Al final de la investigació, es constata que, des de la seva creació, l'organització no governamental FEPSI treballa amb socis. D'una banda amb les organitzacions locals (SAFDF, CACUDEKI²⁵, ADDF, FJDF, ...), i la comunitat (a través d'actors de l'àmbit de la salut, de l'educació, etc.). D'altra banda, l'ONG treballa amb organitzacions nacionals i estrangeres. Aquesta forma de treball ha fet que FEPSI sigui molt eficaç en l'assoliment d'un bon nombre dels seus projectes. Això confirma la nostra hipòtesi inicial que les dones incorporades en grups de dones i xarxes treballen de manera més efectiva.

No obstant això, hi ha raons que ens poden fer pensar que aquesta manera de treballar manté un esperit de dependència de l'ONG FEPSI o fa disminuir la seva iniciativa. Aquest temor, òbviament, desapareix sabent que la majoria dels projectes de FEPSI es dissenyen a partir de la pròpia experiència i estan recolzats per la resta dels socis.

Conclusió

Al final d'aquest article, podem confirmar sense por d'equivocar-nos, que les bones pràctiques constitueixen una garantia per a la prosperitat de qualsevol iniciativa, per petita que sigui.

De fet, al Kivu Nord, totes les associacions de dones van començar

²⁵ Centre d'Animation pour la Culture et le Développement de Kirumba.

sent de petita envergadura. Però amb el temps, les plataformes o les xarxes de dones que s'han creat com a resultat de l'esperit d'obertura, anima a les dones membres de les associacions mares.

Les dones, amb aquest esperit, han entès que la seva participació en la solució dels problemes que afecten la societat congoleesa, caracteritzada per les guerres i els conflictes armats, passa per la seva agrupació per poder dur a terme accions concretes.

Amb tot, els resultats de la nostra investigació mostren que l'eficiència de la majoria dels projectes desenvolupats per l'ONG FEPSI són conseqüència de la seva política d'obertura tant en la forma d'operar, com en la gestió. Així, és partir del fet que les dones es reuneixen per pensar i per treballar amb socis externs i amb la comunitat sense oblidar la participació o la contribució dels homes per a les qüestions de gènere, que l'ONG FEPSI obté els seus resultats.

No és il·lògic doncs presentar tant al món filantròpic, com al científic el model de FEPSI com a font possible d'inspiració. D'altra banda, per tots els seus èxits, FEPSI va ser premiada amb el trofeu "Dona Coratge 2014" per l'Ambaixada dels Estats Units a Kinshasa el 2 d'abril d'aquell any.

LA MEDICALITZACIÓ DE LES DONES

Ana Ara, Bea Huber



Mare i infant.

Colectivo de Mujeres de Matagalpa

LA MEDICALITZACIÓ DE LES DONES

Ana Ara, Bea Huber

Colectivo de Mujeres de Matagalpa

Propietàries dels nostres cossos i protagonistes de les nostres vides

“Em dic Juana, tinc 75 anys, acabo d’adonar-me que sóc dependent dels medicaments i dels metges. La meva vida era anar de metges, fer-me proves i prendre pastilles, confiada que em resoldrien els meus dolors i malestars. Vaig arribar a prendre vuit medicaments diferents per al dolor, teràpia de reemplaçament hormonal, per a la pressió, per dormir, per a l’intestí, protector gàstric, per a la depressió i calci. Em vaig espantar quan em vaig adonar que potser els medicaments em tenien amb tanta tensió que era estranya per a mi mateixa, no podia sentir emocions, era com si estigués bloquejada, no podia fer res sense tenir a prop les pastilles. Quan em despertava el primer que feia era preparar la bateria de medicaments i quan em ficava al llit l’últim que feia era prendre’m les pastilles. A més, cada cop que anava al metge li deia que em semblava que les pastilles no em feien efecte i li demanava que em receptés alguna cosa més forta. Vaig anar a un taller sobre la salut de les dones i allí vaig prendre consciència de la meva situació i com em refugiava en la malaltia i en la dependència dels metges i dels medicaments. Ara estic intentant escoltar-me més i deixar tanta pastilla. Em sento millor, m’adono a poc a poc que no ho necessitava. M’està costant, però ho vaig aconseguint.”

[Testimoni de dona atesa pel Colectivo de Mujeres de Matagalpa]

Per què passa això? Què va fer que la Juana arribés a aquesta situació? Només li passa a ella o hem sentit històries semblants? Quina actitud tenim en relació al nostre cos i a les nostres decisions? Què passa amb el model d'atenció que genera tantes dependències?

Què és medicalitzar?

Medicalitzar és donar a les persones medicaments o fer moltes intervencions de salut sense que siguin necessàries. A més en les dones, “quan fenòmens de la vida com la menstruació, l'embaràs, el part, la menopausa o la vellesa es deixen de veure com etapes en què el cos pot reaccionar amb els seus propis recursos, i passen a ser vistes com a problemes mèdics”²⁶.

Per què es medicalitza tant la vida de les dones?

La visió patriarcal de la medicina

Històricament des que la medicina es va veure com un camp de coneixement dins de l'estructura patriarcal: dissenyada, practicada, estudiada pels homes, amb els homes i legitimada pels homes, ha servit els interessos dels homes, d'una banda, i exclòs la participació de les dones.

Aquesta forma d'entendre la medicina menysprea i desvaloritza el coneixement pràctic de generacions de llevadores, remeieres, dones cuidadores i coneixedores de “remeis casolans” i de cures.

²⁶ Valls-Llobet, C. [2005]. La salud de las mujeres: de la invisibilidad a la medicalización. *Mujeres y Salud*, núm. 15. Consultat a: http://mys.matriz.net/mys15/15_24.htm [20-10-2015]

La visió del cos de la dona i de la sexualitat

Es designen estàndards de “normalitat”: el cos normal és un cos masculí i aquest ha estat el paràmetre.

La ginecologia, en estudiar el cos de la dona sota la mirada del cos masculí, va anar dient el que era “normalitat” i el que no, resultant pràcticament en una valoració del cos de les dones i els seus processos com anormals i, per tant, patològics.

Els prejudicis sobre la sexualitat de la dona posaven barreres a l'atenció del que es considera els seus “mals propis” (el que avui anomenaríem salut sexual i reproductiva) i va originar una sèrie de procediments que van fragmentar el cos de la dona.

Les dones considerades objectes, excloses i desconexades dels seus propis cossos es troben en mans del personal de salut, qui decideix quin és el millor funcionament d'aquests cossos.

Es medicalitzen les vides anul·lant la capacitat de les dones per conèixer i assumir responsabilitat sobre els seus cossos²⁷. És doncs comprensible que les dones vagin a consulta: han après que ser dona implica permetre que altres decideixin sobre ella i sobre el seu cos.

La ciència mèdica, la recerca i la indústria farmacèutica

Un altre aspecte de la medicalització és la ciència mèdica i la investigació que es troba sota pressió de la indústria farmacèutica, que influeix tant en les línies de recerca com en la prescripció del personal mèdic. A continuació detallem algunes idees:

La major part de la investigació està finançada per la indústria i algunes de les persones investigadores poden tenir conflictes d'interessos.

²⁷ Valls-Llobet, C. (2006). *Mujeres Invisibles*. Barcelona, Nuevas Ediciones de Bolsillo.

S'investiguen fàrmacs per a població sana o medicaments per a suposades malalties que en realitat són etapes de la vida, per exemple l'envelliment.

Es realitzen assaigs curts per a prescripcions llargues. Les persones prendran doncs el medicament durant mesos o anys, mentre que en els estudis de curta durada no es mesuren possibles efectes nocius per a la salut.

Les persones que participen en l'estudi del medicament són diferents de la població que els utilitzarà. Són pocs els estudis que es realitzen tenint en compte a homes i dones (molts es fan amb població masculina) però a l'hora de presentar els resultats no s'especifica.

La indústria farmacèutica sol respondre a interessos econòmics i no tant a interessos de salut pública. Algunes de les propagandes de les farmacèutiques són enganyoses, oculten efectes no desitjats o promouen resultats encara que no hi hagi evidències suficients de què realment serveixin.

La indústria química, de la qual la farmacèutica i la cosmètica en són branques, genera confusió en els conceptes de salut i bellesa. La dona, com a portadora de la bellesa, és vista per tant com un gran negoci. Quants productes s'ofereixen per mantenir-se jove, per a què desapareguin les arrugues, per eliminar cansaments, per estar jovial i desitjosa, etc.?

Un altre capítol a estudiar seria l'anàlisi de les conseqüències per a la salut de l'exposició a organoclorats i organofosforats, utilitzats en l'agroindústria, l'alimentació, la neteja, la desinfecció, etc., on, en les dones per la proporció més gran de teixit gras, augmenta la seva acumulació i els seus efectes nocius per a la salut.

Com s'atén i què s'atén?²⁸

La formació del personal de salut està basada en aquesta forma d'entendre la salut i la malaltia. Encara actualment costa que s'incorporin en les investigacions, en els diagnòstics i tractaments les diferències biològiques, socials, ètniques, culturals i de sexes com a determinants de diversitat de funcionament, de forma d'expressar la malaltia i de respostes als tractaments.

A més del model d'atenció, hi ha el temps real que té el personal de salut per atendre i les eines amb què compten per donar resposta i satisfer la demanda d'allò que desitja la població.

Orientar proves i exàmens complementaris i donar una recepta, és més ràpid per al personal de salut i més satisfactori per a les persones ateses que dedicar temps i recursos a la prevenció i promoció de la salut, explicant com pot sentir-se millor, més saludable i més feliç canviant conductes de vida, de relacions, d'alimentació, d'exercici, de temps lliure, etc.

El personal de salut es queixa que són les persones les que pressionen per a què els receptin i els facin proves, les persones ateses diuen que és el personal de salut qui els recepten i els diuen de fer-se proves. És un cercle viciós que cal trencar, i en aquest cas li correspon al sistema de salut i al personal de salut iniciar aquest canvi. "Estem invisibilitzant els problemes de salut de les dones, cometent errors en el diagnòstic, realitzant exploracions que no condueixen a un fi eficaç, i recomanant

²⁸ Ara, A., Marchand, B. (2010). *Buscando remedio*. AIS-Nicaragua. Dirección General de Servicios de Salud Ministerio de Salud, Gobierno de Nicaragua.; Grossman, D. *Métodos médicos para el aborto en el primer trimestre: Comentario de la BSR* (última revisión: 3 de septiembre de 2004). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Gobierno de Canarias. Sanidad presenta una campaña de sensibilización sobre el consumo abusivo de fármacos tranquilizantes, Consultat a: <http://www3.gobiernodecanarias.org/> (20-10-2015).

tractaments que poden emmalaltir o accelerar les malalties que preteníem tractar”²⁹.

Alguns exemples de discriminació i medicalització de la vida de les dones

“Els drets humans de les dones inclouen el seu dret a exercir el control i decidir lliure i responsablement sobre les qüestions relatives a la seva sexualitat, inclosa la seva salut sexual i reproductiva lliures de coacció, discriminació i violència”³⁰.

“Tranquil·litza’t dona”. Al llarg de la vida i cada vegada a una edat més primerenca és probable que una dona rebi ansiolítics o antidepressius a la consulta. Això fa que la prevalença d’ansietat i depressió sigui un 50% més alt en dones que en homes. De cada deu persones que prenen psicofàrmacs 8,5 són dones i 1,5 són homes³¹.

Els problemes de les dones continuen encoberts: interpretats com a psicossomàtics o psicològics, invisibles per a la medicina que tendeix a receptar psicofàrmacs abans d’una exploració i, com a conseqüència, invisibles per a les dones que dubten dels seus propis símptomes i de la seva salut mental.

La violència. L’assetjament sexual a la feina, els abusos sexuals en la infància, així com la violència psicològica, física, sexual, econòmica, en les relacions interpersonals, suposen causes ocultes a l’hora d’emmalaltir, difícils d’identificar si no hi ha sensibilitat per detectar-les. Utilitzar un ansiolític en aquests casos pot suposar deixar a les persones

²⁹ Valls-Llobet, C. (2005). La salud de las mujeres: de la invisibilidad a la medicalización. *Mujeres y Salud*, nº 15. Consultat a: http://mys.matriz.net/mys15/15_24.htm (20-10-2015).

³⁰ Ruiz Salguero, M.T., et al. (2005). *Anticoncepción y salud sexual y reproductiva en España: Crónica de una r{evolución}*. Madrid, CSIC.

³¹ Valls-Llobet, C. (2006). *Mujeres Invisibles*. Barcelona, Nuevas Ediciones de Bolsillo.

sense els recursos físics i mentals per defensar-se.

La majoria de persones diagnosticades de **fibromiàlgia** són tractades amb diversos antidepressius, ansiolítics i hipnòtics alhora, i a vegades acompanyats de pegats de morfina. Comença a ser freqüent que aquesta prescripció es faci amb la presència de qualsevol dolor generalitzat encara que no compleixi els criteris diagnòstics de la fibromiàlgia.

Medicalització i etapes de la vida

La menstruació: El desconeixement de les causes que produeixen alteracions del cicle ha fet creure a dones i a professionals, que el millor per eliminar les molèsties de la menstruació és eliminar-la.

L'ús de mètodes anticonceptius sense comunicar els efectes secundaris.

El part normal: Induir les contraccions amb medicaments i esgotar el part; mantenir a la dona ajaguda sense que es pugui moure; anestèsia (peridural) de rutina; tall de la vulva sistemàtic per al naixement (episiotomia); cesàries que no són necessàries; separació del nadó del contacte amb la mare, etc.

La menopausa: A principis dels 90 es van presentar els primers treballs per tractar la sequedat vaginal i els fogots amb THS (Tractament Hormonal Substitutiu), basats en estudis de curta durada (tres o sis mesos) fets en dones sanes, alhora que afirmant que podria servir per prevenir els infarts de miocardi i l'arteriosclerosi si s'administrava durant deu o quinze anys. L'ús prolongat ha portat problemes seriosos en la salut de les dones i fins i tot pot precipitar la seva mort.

Prevenir el càncer de coll d'úter: En lloc de fer a totes les dones almenys una citologia (de les dones que moren de càncer de coll d'úter, un 80% no s'havien fet mai una citologia) quan sabem que és una mesura altament

efectiva i innòcua, s'ha optat per la vacuna.

El virus del papil·loma humà (VPH) és fàcil de transmetre i també fàcil d'eliminar, ja que el sistema immunitari l'elimina en el 90% dels casos. El 10% que no remet, evoluciona cap a un càncer a un ritme lent, que la citologia pot detectar i controlar quan entra en fase de lesió precancerosa. La vacuna, però, és menys segura, ja que només ataca a algunes de les soques del virus [16 i 18], i caldrà esperar vint o trenta anys per saber si redueix el càncer de manera total, ja que es tem que altres soques ocupin el lloc deixat per les eliminades. A més, s'està veient que té efectes adversos greus. Així, tenint en compte que la vacuna és cara, les persones vacunades són nenes sanes, la poca prevalença del càncer de coll d'úter i que la citologia és un bon diagnòstic, la pregunta és: Per què no s'inverteixen els diners en un programa per garantir les citologies per a totes les dones?

El dret a decidir i el dret a l'avortament: Hem vist que la medicina no té gaires miraments a l'hora d'exposar les dones a tractaments, moltes vegades insegurs o innecessaris. No obstant això, un medicament, com el Misopostrol, utilitzat entre altres indicacions per a la interrupció de l'embaràs en les primeres setmanes de gestació de manera segura i eficient, no és accessible. S'utilitza no només perquè el procediment és senzill i segur, que ben aplicat no té complicacions ni perills per a la salut de la dona, sinó perquè ha demostrat la seva eficàcia i compta amb l'aval de l'Organització Mundial de la Salut i de totes les bibliografies que aconsellen l'avortament amb pastilles. No obstant això, hi ha restriccions i dificultats per al seu ús.

La pobresa és la principal causa de malaltia al món: Les dones són les més pobres. La falta d'autonomia i de possibilitats de negociació per les injustícies de gènere; en tenir major desconeixement del seu cos, són més manipulades i enganyades i generen més dependència amb el sistema de salut: per exemple, en creure que l'ús de vitamines soluciona

la falta de menjar o en haver estat sotmeses a l'esterilització de forma massiva sense saber molt bé quina intervenció van viure.

Què cal fer per a una vida més autònoma i saludable?

- Assumir el protagonisme de les nostres vides, informar-nos, escoltar-nos i aprendre a buscar solucions.
- Aprendre a conèixer-nos, per saber si el que ens passa és normal o no, tan físicament, mental com emocional.
- Organitzar-nos, participar en grups segons els nostres interessos, on puguem parlar i comentar allò que ens passa, com ens sentim i aprendre conjuntament.
- Saber què vull per a mi, que em fa sentir bé, què he de fer per aconseguir-ho, independentment de l'edat tenir plans de vida.
- Assumir i acceptar de manera positiva els canvis físics, emocionals i propis de cada edat.
- Pensar com ens posicionem en aquesta vida i en el consum al qual ens empeny aquesta societat, per què consumim allò que consumim i què ens aporta per fer-nos sentir més bé.
- Preguntar i informar-nos sobre el diagnòstic, els exàmens, els medicaments, per a què serveixen i quines poden ser les conseqüències a curt i llarg termini.

Què podem fer com a personal de salut?

- Impulsar processos per canviar la mirada androcèntrica en relació al cos i a les emocions de la dona.
- Autovigilar-nos per no transmetre estereotips i pràctiques discriminatòries.
- Incloure la variable de gènere en els programes de formació.
- Promoure i impulsar estudis d'investigació que incloguin a dones

i les relacions biològiques, socials i culturals que influeixen en l'estat de la salut de les dones.

- Promoure en els centres de salut grups d'autosuport per a què la gent pugui descarregar les seves preocupacions i malestars i aprendre a millorar-los de forma autònoma i en grup.
- Compartir informació en salut per a què les persones sàpiguen prevenir i promoure el seu bon estat de salut de forma autònoma sense dependència del sistema i dels medicaments.
- Promoure l'associacionisme de les persones en el seu entorn immediat.
- Donar suport a l'aprenentatge d'habilitats per cuidar emocionalment i per establir relacions socials.
- Reconèixer el dret a decidir de les dones, garantint l'equitat i accessibilitat a serveis sanitaris evitant actituds discriminatòries.
- Tenir una pràctica d'ús adequat de medicaments, proves i intervencions de salut, autònoma i informada.

MASCULINITAT I SALUT MENTAL: EL GÈNERE COM A CONDICIONANT

Xavier Cela Bertran



Obra del pintor Josep Puig (2012)

MASCULINITAT I SALUT MENTAL: EL GÈNERE COM A CONDICIONANT

Xavier Cela Bertran

Educador de l'Associació Candela per a la Investigació i l'Acció Comunitària i Membre del Centre de Recerca en Antropologia Mèdica (MARC) de la Universitat Rovira i Virgili

Introducció: Gènere i salut des de les ciències socials

Durant les darrers dècades la paraula gènere ha adquirit una presència creixent dins l'àmbit de la salut. Des dels anys 80, a Espanya en general i a Catalunya en concret, s'han multiplicat el número d'investigacions i de publicacions entorn a la salut de les dones i relatives a les diferències existents entre la salut dels homes i la de les dones. Aquest fet és el resultat d'un procés de visibilització i de posada en valor de les aportacions fetes per les diferents corrents de pensament i organitzacions feministes³². Basat en anys d'experiència en el camp de la salut mental juvenil —a través de l'Associació Candela i la Cooperativa Aixec— en el present article plantejarem algunes pinzellades sobre les possibilitats i limitacions de la incorporació de la perspectiva de gènere en un àmbit com el de la salut mental.

Abans de res, m'agradaria realitzar algunes consideracions de caràcter més general respecte les nocions de gènere i salut, importants per comprendre la magnitud de la seva vinculació des d'un punt de vista social. En primer lloc, l'ús del concepte gènere a l'hora d'analitzar els processos de salut/malaltia/atenció³³, s'ha vist condicionat per certa

³² Les mateixes corrents feministes són les responsables de l'aparició de la idea de *Mainstreaming* de gènere durant els anys 90, entesa com la incorporació, de manera transversal i integral, del gènere per a la construcció de models d'anàlisi i intervenció més complexes.

³³ A partir d'ara escriurem s/m/a per fer referència a salut/malaltia/atenció.

confusió en la definició i aplicació del terme. Destaquem aquí tres dels aspectes importants a aclarir:

Sexe no és gènere: Sense aturar-nos a definir el concepte gènere de manera meticulosa, no podem oblidar que parlar de gènere vol dir incloure la dimensió social i cultural, és a dir, que no estem fent referència a la dimensió biològica de les persones sinó a la manera en què homes i dones aprenen a construir la seva subjectivitat sota els paràmetres (normatius) de la masculinitat i la feminitat hegemònica³⁴ en un determinat moment històric i segons les normes culturals de lloc on viuen³⁵. Encara actualment, hi ha molts estudis que empen sexe i gènere com a sinònims. Seria el cas d'aquells que usen el terme gènere tot i tractar-se d'anàlisis quantitatius que es limiten a desglossar els resultats en funció del sexe³⁶. Aquest fet té a veure, en ocasions, amb una aplicació del terme gènere sense un coneixement previ de la teoria feminista que l'ha originat.

Gènere no és dona: La gran majoria d'estudis de l'àmbit del gènere i la salut se centren en l'estudi de la dona. Això en si no és un problema i de fet es pot entendre com aposta política de visibilització del subjecte "dona" com a resposta al patriarcat i l'androcentrisme present en la nostra societat, però se'n pot derivar una possible confusió. L'equiparació de

³⁴ Durant aquest article parlarem de models hegemònics i d'hegemonia per fer referència a la masculinitat o feminitat predominant en una societat com la nostra. Tot i saber que existeixen múltiples maneres de viure la masculinitat i la feminitat que qüestionen aquest model, segueixen existint un conjunt d'idees dominants associades a masculinitat i feminitat que condicionen les nostres vides. En aquest cas és important entendre l'hegemonia tal i com ho fa Antonio Gramsci, és a dir, com una forma de dominació basada en una certa col·laboració o acceptació d'aquest ordre jeràrquic per part de les persones oprimides.

³⁵ Rohlfs, I., et al., [2005]. *El género como herramienta de trabajo en la investigación en epidemiología y salud pública*. A: Esteban, M.L., Comelles, J.M., Díez Mintegui, C. (eds.). Antropología, género, salud y atención. [pp. 33-48]. Barcelona, Ed. Bellaterra.

³⁶ *Ídem*

gènere i dona, és a dir, l'omissió o invisibilització del fet que el gènere pot explicar molts altres fenòmens que no tenen a veure només amb les dones.

Salut-Dona no és salut sexual i reproductiva: En la mateixa línia, gran part dels estudis realitzats sobre la salut de les dones es centren en la salut sexual i reproductiva de les mateixes. Aquesta tendència essencialista segueix donant una visió esbiaixada de la realitat basada en la divisió sexual del treball; on la feminitat i el subjecte *dona* queda, de nou, associat a la dimensió reproductiva i es reforça la idea de què existeix només una manera de ser dona, vinculada a la maternitat. Des del nostre punt de vista, el fet que pocs estudis parlin de la construcció de la masculinitat o de la dimensió relacional entre masculinitat i feminitat a l'hora de parlar de gènere i salut perpetua un cert immobilisme. En altres paraules, podem dir que es problematitza poc el gènere masculí i de retruc això fa que tot el pes recaigui sobre la dona o les dones, responsabilitzant-les a elles i *desresponsabilitzant-los* a ells.

En segon lloc, tal i com hem dit, parlar de gènere i salut implica incloure les dimensions socials i culturals en l'àmbit de la salut. Quant de fàcil o difícil resulta aquest exercici tenint en compte la manera actual d'entendre allò que coneixem com a salut? Des de les ciències socials i la seva creixent dedicació en aquest camp, s'han trobat certes dificultats que són consideracions importants a tenir en compte a l'hora de referir-nos a la noció de **salut** des de la perspectiva de gènere. Ens centrarem aquí en dues d'elles.

Centralitat de la dimensió biològica: Durant el segle XIX, es va consolidar el que s'anomena model mèdic hegemònic³⁷ i que no és més que el sistema biomèdic que domina i impera en l'àmbit de la salut en el

³⁷ Menéndez, E.L. [1984]. El Modelo Médico Hegemónico: Transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu d'etnografia de Catalunya*, nº 3 (85-119).

món globalitzat. La manera d'entendre d'aquest model estableix que tot procés de s/m/a ve determinat per una etiologia de la patologia basada en criteris biològics³⁸. És a dir, que la dimensió biològica s'ha situat al centre del model mèdic relegant la resta de factors a un segon pla.

En l'àmbit de la salut mental, s'estableix un ordre d'importància clar que és el següent: biologia/psicologia/societat/cultura. Segons aquest, el gènere queda relegat a un paper molt secundari com a factor explicatiu de la salut o de l'emmalaltiment. També és important adonar-nos que el fet d'emfatitzar la dimensió biològica va molt relacionat amb una concepció individualitzada de la salut/malaltia. És l'individu i el seu cos que emmalalteixen i és en el marc de l'individualitat que es planteja el tractament i la possible cura. En altres models mèdics això no és així. El que volem aquí remarcar és que si la salut comença i acaba en l'individu es fa més difícil incorporar les desigualtats i la perspectiva de gènere –que és quelcom estructural i relacional– en la manera d'entendre els processos de s/m/a.

Universalisme, etnocentrisme i androcentrisme: El model biomèdic és un model que neix dels centres de poder o potències -en termes mèdics- i pretén ser exportat arreu. Tot i que a la pràctica, tal i com ha demostrat vastament l'antropologia, s'estableixen relacions d'influència mútua entre aquest i altres models d'atenció, el model biomèdic parteix del no reconeixement del fet cultural com a factor determinant dels processos de s/m/a, i a l'hora de considerar com el gènere influencia aquests processos opera de la mateixa manera. Sota una lògica androcèntrica, el coneixement mèdic es masculinitza i es col·loca al centre i allò femení es singularitza i per tant s'ubica a la perifèria.

S'han descrit dos grans tipus de biaixos en termes de gènere dins de

³⁸ Martínez Hernández, A. [1996]. *Antropología de la Salud. Una aproximación genealógica*. A: Prat, J., Martínez Hernández, A. [eds.]. *Ensayos de antropología cultural*. [pp. 369-381]. Barcelona, Ariel Antropología.

la pràctica mèdica³⁹: En el primer grup hi trobem la presumpció mèdica, per la qual biològicament els tractaments funcionaran de la mateixa manera en homes i dones. En el segon, l'assumpció mèdica de certes diferències en la manera de concebre la malaltia per part d'homes i dones, fet que genera desigualtats en l'àmbit de l'atenció. En aquest segon grup, destaca per exemple la diferència quant a la manera en què les «queixes» són avaluades per part dels i de les professionals de la salut. Les queixes dels homes acostumen a ser avaluades com a més serioses, mentre que hi ha una tendència a buscar components psicossomàtics en les queixes de les dones⁴⁰. Això provoca que certes patologies triguin més a ser detectades en dones.

Joventut, trastorn mental i Masculinitat Hegemònica.

Després d'anys de treball de camp en l'àmbit de la salut mental juvenil en diferents recursos i dispositius hospitalaris i extrahospitalaris, hem i estem observant les potencialitats d'analitzar els processos de s/m/a⁴¹ des d'una perspectiva de gènere. En aquest article us volem mostrar, en concret, el potencial de treballar a partir de la idea de Masculinitat Hegemònica (MH) per millor entendre, i donar explicació als processos de s/m/a en els casos de trastorn mental.

³⁹ Ruiz M.T., Verbrugge, L.M. [1997]. A two way view of gender bias in medicine. *J. Epidemiol Community Health*, nº 51 (pp. 106-109).

⁴⁰ Rohlf, I., et al., [2005]. *El género como herramienta de trabajo en la investigación en epidemiología y salud pública*. A: Esteban, M.L., Comelles, J.M., Díez Mintegui, C. (eds.). *Antropología, género, salud y atención*. (pp. 33-48). Barcelona, Ed. Bellaterra.

⁴¹ Parlem de processos de salut/malaltia/atenció basant-nos en la traducció al català de la idea de E.L Manéndez de «procesos de salud/enfermedad/atención» (MENÉNDEZ, E.L. [1990], *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, Mèxic, CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata, nº 179) perquè ens sembla una noció més ampla i encertada que la idea de malaltia a seques. Aquesta ens permet ampliar a la idea de malaltia incloent la salut -com a construcció cultural- i la formes d'atenció en els processos que aquí analitzem i això ens acosta al fenomen estudiat en la seva complexitat.

Al llarg de la història de la nostra societat, determinats atributs associats a la masculinitat han mantingut un alt grau d'estabilitat i continuïtat fins a dia d'avui, sobreposant-se o sobrevivint a una sèrie de transformacions importants a nivell social i cultural en termes de gènere. Tot i l'aparició d'idees o pautes de masculinitat alternatives existeix una *manera de ser home* que segueix situant-se per sobre de tota la resta, i en la majoria de casos és aquesta la única legitimada socialment. Aquest model és el que anomenem Model de Masculinitat Hegemònica (MMH), i és el resultat històric d'una organització social basada en una cultura de dominació i jerarquització dels homes envers les dones; i en menor grau dels homes cap als propis homes. Aquesta segona idea és clau per entendre el que aquí plantegem.

Segons Bonino [2002] aquesta masculinitat hegemònica es construeix a partir de quatre *ideologies*: la ideologia patriarcal, l'individualisme de la modernitat, l'exclusió i subordinació de l'alteritat i l'heterosexualitat i homofòbia. La proposta de l'autor resulta útil per veure com la masculinitat hegemònica podria estar condicionant la salut mental dels joves que han estat socialitzats com a nois en una societat com la nostra. Repassem-les una a una.

La *ideologia patriarcal* defensa que el subjecte home domina el món a partir de la seva condició de pare i marit. El domini dels fills/es i la dona dins de la família s'extrapola al conjunt de la societat. En termes reals i simbòlics la idea de paternitat apareix molt vinculada a la noció de raó o racionalitat. El pare és el que sap, el que mana i el que decideix allò important. L'ideal de masculinitat hegemònic es construeix a partir del domini i/o control de la veritat. Si això ho apliquem al sistema mèdic podem entendre com aquest està jerarquitzat a partir d'una idea igualment androcèntrica i de domini. Entenem l'analogia a partir de situar el coneixement (bio)mèdic dins l'esfera masculina i les tasques reproductives, de cura i acompanyament de la malaltia (o trastorn) dins l'esfera femenina. No cal aprofundir massa per veure de quina manera

es masculinitza el saber mèdic i es feminitzen les tasques de cura. Seguim pensant en el metge com a home i en la infermera o cuidadora com a dona, tot i que en la realitat moltes vegades no és així.

El que resulta interessant en el nostre cas, és com el fet de vincular masculinitat i raó exclou o deixa fora de la MH aquells homes que per definició –consens social– manquen de raó i de capacitat de raonar. El *boig* o la persona amb un trastorn de tipus psiquiàtric ha representat i encarna encara avui la *desraó*. Pertant en trobem que la vinculació entre Model de Masculinitat i raó es fa inhabitable per part de les persones que han estat diagnosticades i etiquetades com a *trastornades*. Quan mantinc converses amb els homes i joves que formen part dels recursos hospitalaris i extrahospitalaris de la ciutat, molts d'ells presenten una autoestima baixa i poca confiança en la seva capacitat de decidir, actuar, opinar i reflexionar. Aquest fet es deriva de l'estigma associat a la salut mental i dels processos d'exclusió que viuen, però també, si l'analitzem en clau de gènere, podem observar com s'articulen amb la idea de masculinitat. El «jo això no ho sé» recurrent davant del professional o davant de la persona no diagnosticada, respon a una certa feminització⁴² que situa a aquests homes en una situació de masculinitat subalterna o marginal. Construeixen la seva identitat a partir de la mancança de certs atributs associats a la masculinitat. En aquest cas la MH es construeix a partir del qui ho sap tot o bé és capaç de fer veure que ho sap tot. I el *boig* o el *malalt mental* és justament aquell que, socialment, representa el no-saber.

Segons el Model de Masculinitat Hegemònica, un home ideal, és aquell preocupat només per la pròpia *individualitat*, autosuficient,

⁴² Quan parlem de feminització parlem de com qualsevol qüestionament de la MH es veu des d'aquesta perspectiva com una renúncia a la masculinitat o un fracàs de la mateixa. En un ordre patriarcal i jeràrquic aquest fracàs s'associa a feminitat o a l'homosexualitat (com veurem més endavant).

capaç de sobreviure independentment i sense demanar ajuda. Aquesta segona *ideologia* encaixa perfectament i de fet s'incrusta en els valors econòmic-protestants i en la noció de subjecte modern de "fer-se a un mateix". Aquest punt és fonamental per entendre la relació entre masculinitat i salut [mental].

D'una banda, ens trobem amb la impossibilitat de la majoria de nois i homes diagnosticats de trobar feina i per tant, de poder dur a terme la funció de proveïdor que socialment els hi ha estat assignada. Si més no, molts d'ells es troben amb una mancança de recursos suficients per ser independents econòmicament. En la majoria de casos, la única sortida és l'acceptació –de millor o pitjor grat– de les ajudes socials i familiars o de la xarxa de treball especial. Aquestes dificultats d'assolir l'autosuficiència poden venir en part explicades per l'estigma associat al diagnòstic psiquiàtric, els efectes de la medicació, els itineraris d'exclusió –i la pèrdua de capacitats associada als mateixos– i les dinàmiques centrífugues del nostre sistema laboral en relació a la diferència.

D'altra banda i més enllà dels mitjans econòmics i de subsistència, el model de masculinitat opera en una segona direcció en els processos de salut/trastorn/atenció [s/t/a]⁴³. Molts dels *homes* diagnosticats amb un trastorn mental, de la mateixa manera que les persones amb altres tipus de diversitat funcional, en la majoria d'ocasions es veuen obligats a redefinir la noció d'autosuficiència. Assumir certa dependència d'altres persones i de recursos específics –de forma contínua o discontinua–

⁴³ Aquí l'autor presenta una versió adaptada dels processos de salut/malaltia/atenció, la qual esmentàvem anteriorment. Parlarem més aviat de *trastorn* i no de *malaltia*. Aquest canvi ens permet posar el focus en el diagnòstic psiquiàtric com acte mèdic o punt d'inflexió que defineix molts dels processos estudiats i desvincular-lo d'una idea més relacionada amb una patologia d'origen biològic. Estem parlant d'itineraris on el diagnòstic psiquiàtric és el nexa que uneix el subjecte *home jove diagnosticat* al qual volem fer referència en aquest article.

o reconèixer la pròpia vulnerabilitat posa en qüestió la MH, i per tant, ens permet redefinir la relació entre masculinitat i dependència. Ara bé, no podem oblidar les conseqüències socials que pot tenir el fet de qüestionar o incomplir un model hegemònic.

Finalment, cal apuntar que aquest esquema no només el podem aplicar a les persones amb un diagnòstic psiquiàtric, sinó també a qualsevol persona socialitzada com a home que en un moment donat es veu amb la necessitat de reconèixer una necessitat, intrínsecament humana, de dependència respecte d'altres persones. Només volem apuntar en aquest punt un altre element que condiona de manera diferenciada a homes i dones durant els processos de s/m/a: segons el MMH, per a un home, reconèixer la dependència o simplement la manca d'autosuficiència completa és un fracàs.

La tercera *ideologia, l'exclusió i subordinació de l'alteritat*, es refereix a què la MH es construeix a partir d'una reafirmació pública i constant dels atributs de la MH basada en la negació d'allò que *no és d'homes*. Els homes no són dones i la masculinitat necessita ser demostrada a partir d'aquest principi. Aquest fet té efectes directes en termes de salut, malaltia i mortalitat. La socialització masculina basada en l'assumpció del risc com a principi bàsic i la negació del principi de vulnerabilitat comporta en els homes nivells d'autocura menors i una autopercepció de la salut distorsionada⁴⁴. En termes epidemiològics, es dona una detecció dels problemes de salut més tardana i una esperança de vida més baixa que la de les dones.

En l'àmbit de la salut mental, la ideologia de l'exclusió i subordinació de l'alteritat connecta amb dos fets destacats. En primer lloc, les estadístiques parlen d'una prevalença força diferenciada entre nois

⁴⁴ Ledesma, B. M. (2005). *Siniestralidad vial y masculinidad*. A: Esteban, M.L., Comelles, J.M., Díez Mintegui, C. (eds.). *Antropología, género, salud y atención*. (pp. 33-48). Barcelona, Ed. Bellaterra.

i noies adolescents en funció del tipus de diagnòstic. Per posar un exemple, l'informe Salut del 2012 fet a Barcelona⁴⁵ il·lustra diferències importants entre nois i noies en quant als anomenats trastorns de conducta, on els nois presenten un percentatge força més alt (entre un 20 i un 22 per cent) que les noies (entre un 14 i un 16 per cent). Aquesta relació s'inverteix en el cas dels trastorns de tipus emocional (21,4 per cent de les noies en front d'un 7 per cent dels nois). Aquesta diferència en quant a la prevalença de determinats trastorns és indicatiu de la importància que pot tenir una anàlisi sociocultural i de gènere dels processos de s/t/a. D'entrada, considerem que la MH, vinculada a demostració de la masculinitat a través del risc i de la vulneració de les normes de tipus social i les transgressions, explicaria part d'aquestes diferències. Això ens permetria també explicar el perquè d'una autopercepció diferenciada dels problemes de tipus emocional.

En segon lloc, la reafirmació constant d'allò que és masculí i allò que no ho és, va de la mà de la necessitat de generar i sancionar masculinitats marginals –o fracassades– per reafirmar el propi model. En aquest cas el *noi amb diagnòstic* es presenta com aquesta *antiimatge* perfecta. La timidesa, l'aïllament o la manca d'habilitats socials en un determinat moment, estableixen la diferència entre masculinitat i masculinitat marginada. És el que els propis nois joves m'expliquen de manera clara quan diferencien qui són els «popus» (populars) i qui són els «freakys» (estranyos i més introvertits amb poques habilitats socials). Tot i que ens estem referint a dues categories ambigües, aquestes ens permeten il·lustrar aquest món dicotòmic entre èxit i fracàs de la masculinitat a partir de les pròpies paraules utilitzades pels nois joves. El «popu» representaria la MH, l'èxit social reconegut per tots els iguals. El «freaky»

⁴⁵ Informe: *La salut a Barcelona 2012*. [2014]. Consorci Sanitari de Barcelona. Agència de Salut Pública. Consultat a: http://www.aspb.cat/quefem/docs/Informe_Salut_2012.pdf [20-10-2015].

representaria aquí el fracàs del MH o la masculinitat marginada⁴⁶ també reconeguda per tot el grup d'iguals.

Per últim, la quarta ideologia és l'*heterosexualitat i homofòbia*. La pròpia idea de masculinitat es basa en l'heterosexualitat. L'home, segons el MMH, ha de ser heterosexual o es veurà relegat a una condició de *no-home* o de *menys-home*. Ser heterosexual, tenir relacions afectives-sexuals i/o tenir una parella heterosexual són elements bàsics per formar part de la norma, fet d'especial rellevància en contextos on molts dels nois es trobem allunyats del model. Els efectes de la medicació, l'estigma associat al trastorn mental –que dificulta les relacions amb altres persones– o les dinàmiques d'exclusió i aïllament són alguns dels factors que estableixen, en moltes ocasions, aquesta relació de cercle viciós entre processos de s/t/a i més dificultat de tenir relacions de tipus sexo-afectives.

Parlant i estant amb els nois veiem com la sexualitat o les relacions afectiu-sexuals són temes tant importants com tabús. Aquesta contradicció entre la importància que té a nivell social i el grau de tabú no és quelcom exclusiu de l'àmbit de la salut mental, sinó que més aviat ho podríem extrapolar a tota la societat. Però en aquest cas, al tabú social generalitzat se li suma la idea de què la sexualitat està feta per a les persones «sanes i normals». Aquest fet l'hem pogut observar diverses vegades quan hem plantejat de fer alguna xerrada-taller sobre sexualitat. El fet ha generat sempre molt rebombori i molta expectativa entre els nois joves però molt poca participació. Com si no fos un tipus d'activitat dirigida a ells.

La vinculació entre MH i heterosexualitat efectiva (no només el desig sinó el fet de tenir relacions sexuals) opera aquí en dues direccions. Si no demostres la teva heterosexualitat perquè no t'agraden les dones o

⁴⁶ Connel, R.W. (1997). La organización social de la masculinidad. *Ediciones de las mujeres*. nº 24, [pp. 31-47].

perquè no mantens relacions amb persones del sexe contrari, la teva masculinitat pot quedar en entredit per la pressió social –explícita o implícita– que això suposa. D'altra banda, els nois que tenen relacions sexo-afectives i es consideren sexualment actius augmenten la percepció de *normalitat*, en un àmbit on aquesta és quelcom molt preuat si tenim en compte la dinàmica excloent del diagnòstic i el pas per les institucions de tipus psiquiàtric.

A mode de conclusions

Fins aquí hem volgut donar algunes pinzellades sobre les possibilitats que planteja analitzar els processos de s/m/a –en aquest cas fent referència als joves amb diagnòstic de trastorn– des de les ciències socials i a partir d'aplicar la perspectiva de gènere. Com apuntàvem a l'inici, estudiar el gènere com a construcció social i cultural i veure els efectes que té sobre la idea de salut i malaltia, pot aportar llum a l'hora d'entendre determinades realitats. Si a més a més partim de la idea que gènere també inclou la construcció social de la masculinitat i la seva dimensió relacional (desigualtats de gènere, heteronormativitat, dominació) podem entendre la salut en la seva complexitat.

Per demostrar això hem apuntat algunes idees que poden il·lustrar com l'anàlisi de gènere ens permet comprendre part de les dinàmiques que es donen en l'àmbit de la salut mental. Les masculinitats marginals i aquelles que no estan valorades socialment, poden qüestionar el model i plantejar altres maneres possibles de ser home, i això és quelcom necessari. Però no hem de perdre de vista els efectes i conseqüències que pot tenir sortir-se de la norma, en aquest cas representada per la masculinitat hegemònica. Per tant, cal entendre l'exclusió que pot comportar el diagnòstic psiquiàtric a través d'analitzar les diferències amb les quals aquesta es manifesta entre homes i dones amb un trastorn.

És a partir d'analitzar aquesta relació entre gènere i salut que podem entendre els efectes del sistema sexe-gènere sobre les persones socialitzades com a nois i els seus processos de s/t/a. Reconèixer les conseqüències que té la masculinitat hegemònica sobre les dones, però també sobre els propis homes –especialment els que no aconsegueixen el model– i per a totes les persones que no encaixen en el model, pot ser el principi d'un qüestionament de les dinàmiques excloents i patriarcal, i dels seus efectes sobre la salut en general, i la salut mental en particular.

FORMACIÓ EN SALUT SEXUAL I REPRODUCTIVA AMB ENFOCAMENT DE GÈNERE: UNA ASSIGNATURA PENDENT

María Casilda Velasco Juez



Sessió de formació

FORMACIÓ EN SALUT SEXUAL I REPRODUCTIVA AMB ENFOCAMENT DE GÈNERE: UNA ASSIGNATURA PENDENT

María Casilda Velasco Juez

Matrona. Medicus Mundi Andalucía.

Introducció

En les últimes Conferències Internacionals de Població i de la Dona es va posar de manifest la necessitat de tenir cura de la salut sexual i reproductiva de les dones, i no només de la seva salut materna. En aquest sentit es fa necessari respondre als drets de totes les dones en relació amb els seus drets sexuals i reproductius que han estat oblidats en molts casos, a favor dels aspectes relacionats amb la salut materna⁴⁷.

La situació de la salut a l'Àfrica subsahariana i especialment la de les dones és molt precària, per això hi ha una demanda cada vegada més gran per millorar els nivells de salut de la població. Els diferents ministeris de Salut, d'acord amb les recomanacions internacionals, estableixen entre les seves prioritats la millora de la salut reproductiva. Una estratègia fonamental per aconseguir aquests objectius és la formació dels professionals sanitaris encarregats de la salut de les dones, de manera que els professionals que se n'ocupen haurien d'aprofundir en el coneixement de nous avenços, les noves polítiques de salut reproductiva en l'àmbit nacional i internacional i les noves

⁴⁷ The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. (2011). *Rapport sur le développement dans le monde 2012. Égalité des genres et développement*. Consultat a: <http://siteresources.worldbank.org/INTWDR2012/Resources/77781051299699968583/77862101315936231894/Overview-French.pdf> [20-10-2015].

necessitats de les dones⁴⁸.

En aquest article abordarem el programa de formació que hem impartit des de Medicus Mundi Andalusia (MMA) i la Universidad Internacional de Andalusia (UNIA) sobre gènere i salut. Amb aquest programa de formació preteníem contribuir a l'actualització de coneixements i destreses necessàries que permetessin als/a les professionals de la salut (llevadores i metges) donar una resposta integral a les necessitats i demandes de salut de les dones, i prestar una atenció de qualitat en els diferents àmbits d'actuació professional. Vam pretendre també, que la formació, basada en un enfocament de gènere, afavorís la promoció d'un model d'atenció perinatal que prioritzés el protagonisme, els drets i les millors pràctiques en l'assistència a les dones i als nounats.

En aquest programa de formació s'abordaven des d'aspectes conceptuals i introductoris (drets sexuals i reproductius, l'enfocament de gènere, la violència de gènere), a aspectes metodològics (demografia, metodologia d'investigació, educació per a la salut), sexualitat, planificació familiar, principals problemes de salut de les dones, atenció a l'embaràs, part puerperi i nounat, etc.

Aquesta formació atorga el títol d'Expert Universitari en Salut Sexual i Reproductiva (SSR) segons el que estableix la normativa sobre estudis de postgrau i formació complementària que condueixen a l'obtenció de títols propis i diplomes de la Universidad Internacional de Andalusia (UNIA). Per a l'obtenció d'aquest títol cal l'assistència a la totalitat de les activitats docents programades, obtenir una qualificació positiva de cada un dels mòduls, la realització d'un treball de camp (projecte de recerca) i obtenir una qualificació positiva en la memòria i presentació

⁴⁸ UNFPA, ICM i OMS. (2014). *L'état de la pratique de sage-femme dans le monde 2014. Sur la voie de l'universalité Le droit de la femme à la santé*. Consultat a: http://wcaro.unfpa.org/webdav/site/wcaro/users/wcaroadmin/public/SoWMMy2014_complete-French.pdf [20-10-2015].

del projecte de recerca.

A qui van dirigides aquestes formacions?

Aquests programes de formació van dirigits a professionals dels sistemes de salut pública dels diferents països que hi participen, ajustant-se el perfil als continguts dels cursos.

Al Marroc, es van realitzar dues formacions d'Expert en Salut Sexual i Reproductiva, dirigit a professionals del sistema públic de salut que treballaven en els programes de salut de les dones. Van participar infermers/es, llevadores i metges/es generalistes.

Al Senegal hem dut a terme fins ara tres formacions, en què van participar professionals de salut de diversos països de l'Àfrica de l'Oest a més del Senegal: Guinea, Guinea Bissau, Mauritània, Burkina Faso, Mali i Níger. Aquesta formació es va impartir amb continguts similars a la del Marroc, i en aquest cas les persones participants van ser llevadores, metges/es generalistes i ginecòlegs/es.

A Tunísia, un país on el sistema públic de salut des de fa molts anys s'ocupa de la salut de les dones i arriba a gairebé tots els racons del país, les necessitats eren diferents. Els continguts dels dos cursos realitzats contemplaven la Salut Sexual i Reproductiva i Violència de Gènere. Es va treballar sobre tot el tema de violència sobre la dona amb un enfocament de gènere i de drets, a més de donar-los a conèixer el model que s'havia posat en marxa a Espanya⁴⁹. En aquesta formació van participar professionals amb perfils molt diferents com ara metges/es i psicòlegs/es majoritàriament, però també sociòlegs/es, economistes,

⁴⁹ USAID (2008). *Lutte contre la violence basée sur le genre dans les programmes de santé de l'USAID: Un guide pour les responsables de programmes du secteur de la santé*. Washington D.C, USAID. Consultat a: http://www.igwg.org/igwg_media/gbwguide08_french.pdf [20-10-2015].

periodistes, etc.

En cadascuna d'aquestes formacions van participar entre 25 i 30 professionals dels diferents serveis públics de salut.

Organismes que van participar

Les formacions van ser realitzades amb la col·laboració de la Universidad Internacional de Andalucía i de l'Organització no governamental Medicus Mundi Andalucía així com diferents socis o contraparts locals. Al Marroc es va realitzar amb la col·laboració de les Delegacions de Salut dependents del Ministeri de Salut; al Senegal, la contrapart va ser l'Institut de Santé et Développement, organisme dependent de la Facultat de Medicina de Dakar; i a Tunísia, el nostre soci va ser l'Office Nationale de la Santé et la Population, organisme autònom dependent del Ministeri de Salut. En tots els casos per a la participació dels professionals vam haver de comptar amb els acords dels respectius ministeris de Salut. Les formacions també van comptar amb el finançament de l'Agencia Española de Cooperación Internacional o de l'Agencia Andaluza de Cooperación Internacional.

Continguts dels cursos

La formació atorga el títol d'Expert Universitari en Salut Sexual i Reproductiva. Es desenvolupa al llarg de 5 setmanes consecutives i s'imparteixen 35 crèdits ECTS (Sistema Europeu de Transferència de Crèdits), 30 crèdits presencials, repartits en 7 mòduls i 5 crèdits de treball de camp o investigació. Uns mesos després de la part presencial, es realitza i presenta el treball de recerca.

En les formacions del Marroc i del Senegal es dóna molta importància als mòduls introductoris sobre els conceptes de dret a la salut i els drets en la salut sexual i reproductiva, així com a l'enfocament de gènere en

la salut sexual i reproductiva. Aquests conceptes són la base al llarg de tota la formació, així, quan s'aborden els diferents temes de salut sexual i reproductiva (embaràs, part, puerperi i l'atenció al nadó, pràctiques contraceptives i malalties de transmissió sexual, VIH, salut sexual i reproductiva en joves i adolescents, violència de gènere, etc.), es manté de forma transversal aquest enfocament, que ha d'estar sempre present⁵⁰. La formació inclou un mòdul específic sobre investigació en salut sexual i reproductiva per ajudar i facilitar el treball de camp. Tot i que els/les participants són seleccionats entre els i les professionals de salut de les diferents administracions amb llarga experiència de treball amb dones, aquest nou enfocament no sempre els resulta fàcil de comprendre i de posar en pràctica.

En les formacions de Tunísia, es va abordar el tema de la violència de forma exhaustiva: la conceptualització i els diferents models, la situació actual al món i específicament al Magrib; la legislació nacional i internacional, així com la relació de la violència de gènere amb la salut i específicament, amb la salut sexual i reproductiva. S'aborden també les possibilitats de prevenció i de sensibilització i el model de lluita contra la violència implantat a Espanya. Hi havia també un mòdul específic sobre investigació en salut sexual i reproductiva i violència de gènere.

En totes les formacions, de manera prioritària, s'abordava la salut sexual i reproductiva i la violència contra les dones i les pràctiques nocives, sempre des de l'enfocament de drets de les dones i del dret a la salut amb un enfocament de gènere.

Totes les formacions finalitzaven amb una investigació o protocol de recerca relacionat amb els continguts dels cursos i realitzades dins de l'entorn de treball de cada participant. L'objectiu era que es posessin en pràctica part dels coneixements adquirits per millorar la seva pràctica

⁵⁰ OMS. Qu'entendons-nous par "sexe" et par "genre"? Consultat a: <http://www.who.int/gender/whatisgender/fr/> [20-10-2015].

professional.

Metodologia

La metodologia és aquella utilitzada en la formació d'adults: participativa i activa, basada en discussions, jocs de rol, pràctiques, tallers, seminaris, treballs de grup, tutories individuals i en grup, així com activitats a través de la plataforma de docència virtual de la UNIA (www.unia.es). Hem utilitzat poques classes teòric-magistral, les anomenades tradicionals. Al principi de les formacions vam trobar dificultats per utilitzar aquest tipus de metodologia, però amb el temps va ser ben acceptada i altament valorada. Al llarg de les diferents formacions s'ha procurat utilitzar documents, indicadors i exemples dels països on hem treballat i mai, en la mesura del possible, documents i dades del nostre país o de països occidentals. Creiem que això ha donat credibilitat a les nostres formacions i ha estat molt apreciat pels/les participants.

Treball final de la formació

El treball de camp o protocol d'investigació va ser realitzat per totes les persones participants (214), excepte dues. En aquests treballs s'abordaven investigacions relacionades amb el treball professional quotidià que podria millorar la seva pràctica clínica. Per a la majoria de l'alumnat era la primera vegada que feien una investigació i la primera vegada que abordaven temes relacionats amb el seu treball i sobretot, des de l'enfocament de gènere i de drets de les dones.

Els temes han estat sempre relacionats amb la salut sexual i reproductiva i la violència de gènere. Alguns exemples: Pel que fa a la violència de gènere, s'han elaborat protocols d'actuació per abordar els casos de violència durant l'embaràs, per part dels/les metges/es generalistes o la violència sexual en hospitals universitaris. Pel que fa a la salut sexual i reproductiva, s'han abordat temes de molta

controvèrsia com els parts a domicili, les dones que no van a consulta durant l'embaràs o les dones que fan planificació familiar.

Perfil de les persones participants

Totes les persones que han participat en aquestes formacions, treballaven en serveis públics de salut dels diferents països. Juntament amb les contraparts dels diferents països, hem elaborat criteris de selecció, donant prioritat a la participació de dones.

En els cursos de Salut Sexual i Reproductiva al Marroc i al Senegal, el 70% van ser dones i més de la meitat (51%) van ser llevadores. Dels 59 metges/es que van participar, 7 van ser ginecòlegs/es, la resta metges/es generalistes.

En les formacions de Tunísia en Salut Sexual i Reproductiva i Violència de Gènere, el 72% van ser dones. La participació més gran va ser de metges/es (32%), seguits de psicòlegs/es (28%) i llevadores (17%). En aquesta formació van participar altres professionals: sociòlegs/es (5), periodistes (3), economistes (2), farmacèutic (1) i enginyera (1).

Avaluació de les formacions

Totes les persones participants van finalitzar la formació, només dues no van presentar el seu treball de final de formació i no van obtenir el títol d'expert.

L'avaluació es va realitzar al llarg de la formació i va ser de tres tipus:

- Continguts teòrics. Es va fer un examen tipus test al finalitzar cada mòdul teòric. En aquesta avaluació vam obtenir diferències entre l'alumnat, que sempre va obtenir una avaluació positiva per sobre de 5 punts valorant sobre 10. La mitjana de tots els cursos ha estat superior a 7.

- Treball de camp. Es va valorar tant la memòria com la presentació del mateix. La qualificació mitjana va ser de 8 sobre 10.
- Assistència. Era necessària l'assistència d'almenys el 80% de les classes presencials. La qualificació mitjana va ser de 9,6 sobre 10.

Conclusions

Amb aquest projecte s'han format 161 professionals com a Experts en Salut Sexual i Reproductiva i 53 en Salut Sexual i Reproductiva i Violència de Gènere, 214 persones en total. La majoria del personal professional format han estat llevadores, contribuint d'aquesta manera a millorar la salut de les dones i dels nens i les nenes a través de la prestació de cures de qualitat en més de 10 països.

Els treballs de camp desenvolupats han suposat l'estudi de situacions, problemes i la realitat dels serveis de Salut Sexual i Reproductiva, fet que ha ajudat a la posada en marxa de millores en els serveis dels diferents països. A través d'aquestes treballs de recerca s'ha estudiat per primera vegada la situació de la violència de gènere a Tunísia i en diferents països des d'àmbits i aspectes diferents com ara: violència sexual, econòmica, física, psicològica, en joves, durant l'embaràs, en dones sol·licitants d'interrupció voluntària de l'embaràs així com la prevenció i abordatge de la violència de gènere des dels mitjans de comunicació, etc. D'altra banda, en els temes de Salut Sexual i Reproductiva s'han abordat temes com: els parts a domicili; el perfil de dones que acudeixen a les consultes de planificació familiar o de control d'embaràs; les causes de mortalitat materna en diversos serveis hospitalaris; o la salut sexual i reproductiva relacionada amb els i les adolescents.

Els cursos s'han desenvolupat de forma adequada i sense cap tipus d'incident. La participació de l'alumnat en cadascuna de les activitats docents ha estat exemplar, el qual ha mostrat un gran interès i una actitud totalment activa i col·laboradora. El nivell de satisfacció respecte

a la metodologia, continguts i documents de suport, mostrat a través de les avaluacions realitzades, ha aconseguit una puntuació superior a 4 sobre 5. De la mateixa forma, el nivell d'utilitat, aplicabilitat i resposta a les expectatives de cada mòdul ha estat també superior a 4 sobre 5 en tots els casos.

La manca de professionals formats amb aquest enfocament, que estiguin en la primera línia, treballant directament amb les dones, fa que sigui difícil la millora de la situació de les dones. No només de la seva salut, sinó també la millora pel que fa als seus drets i apoderament.

L'ús de la plataforma virtual de la Universidad Internacional de Andalucía ha afavorit l'accés i la localització de les diferents fonts documentals, així com la realització d'activitats i contactes entre l'alumnat i el professorat. Considerant que els cursos es realitzen en part presencial i en part no presencial i amb professors de diferents països i entorns, el campus virtual va resultar un recurs de primera utilitat i importància.

Creiem que aquests tipus de formació s'haurien de fomentar i continuar, ja que aporten un enfocament d'actualitat, necessari i de fàcil aplicabilitat.

Contribuir a la formació contínua dels i les professionals que treballen amb les dones hauria de ser un objectiu de la cooperació per millorar la qualitat en les cures en salut sexual i reproductiva.

A més dels i les professionals, el professorat que hem participat en aquestes formacions, hem vist enriquida la nostra capacitat docent i personal per les aportacions de tants i tantes professionals amb qui hem compartit moltes hores de treball, estudi, contactes i vivències personals.

VASHALI, EL FUTUR DE L'ÍNDIA TÉ NOM DE DONA

José Mansilla



Fotografia realitzada per Katherin Wermke

Where women are honored, gods reside there.

Proverbi indi

VASHALI, EL FUTUR DE L'ÍNDIA TÉ NOM DE DONA

José Mansilla

Responsable del Department de Projectes

Sonrisas de Bombay

Introducció

Segons l'últim informe publicat pel Banc Mundial l'any 2014⁵¹, dels aproximadament 1.267 milions de persones que viuen a l'Índia, un 28,1% són menors de catorze anys i, d'aquestes, uns 175 milions són nenes. Una d'aquestes nenes podria ser la Vashali.

La Vashali s'aixeca cada matí, molt d'hora, i durant tot el dia no fa altra cosa que cuinar, netejar, donar el menjar a la família, cuidar els nens, portar-los al col·legi, recollir-los, tornar a cuinar, netejar, donar a menjar a la família, cuidar els nens. Sense ni un sol segon per a ella, per llegir, passejar o treballar fora de casa. Dit així semblaria una situació bastant freqüent fins fa ben poc, i fins i tot avui dia, a les famílies més tradicionals del nostre propi país. No obstant això, la cosa canvia si afegim que aquests nens no són seus, ni la casa, ni el menjar, sinó que són els seus germans i germanes, la casa és del seu pare i la seva àvia paterna, i el menjar és el que procuren el seu pare i germans amb la seva feina. Vashali té deu anys i ni un minut lliure. Encara que volgués llegir no podria perquè no en sap, com tampoc pot passejar –on anar?–, ni en un futur tenir un treball digne i ben remunerat, ja que no posseeix

⁵¹ Vegeu dades del Banc Mundial. Consultat a: <http://datos.bancomundial.org/pais/india> [Banc Mundial] [20-10-2015].

coneixements més enllà dels molt importants, encara que poc valorats, que ha adquirit en el desenvolupament de les tasques de la llar i la cura de la família, durant tota la seva vida.

Vashali no existeix. Es tracta d'un símbol que representa a milions de nenes que viuen a l'Índia. Podria ser una de les noies que habiten els *slums* de Bombai; la filla d'uns camperols sense terra d'Andhra Pradesh; o fins i tot formar part d'algunes de les noves famílies de classe mitjana que poblen les tecnològiques Bangalore o Hyderabad. Podria ser *brahmí*, membre de la més alta casta del sistema d'estratificació social tradicional de l'Índia, o *dalit*, intocable, de tan baixa situació que ni tan sols formaria part de cap casta. Podria ser hindú, musulmana, budista o cristiana. Indubtablement, realitzar generalitzacions en un país tan poblat i ampli, un subcontinent, sobre la situació de la infància en femení és, si més no, arriscat. No obstant això, en aquest article intentaré donar algunes pinzellades sobre la seva realitat.

Una estructura familiar particular

El paper exercit actualment per les nenes a l'Índia no pot ser entès sense tenir en compte l'estructura patriarcal clàssica de l'organització social i familiar del país. Aquesta estructura determina una distribució de rols, tasques i poder desigual entre homes i dones, amb una total preeminència dels primers sobre les segones. La descendència és fixada per via patrilineal, és a dir, són els homes els portadors del cognom familiar, passant la figura femenina a gaudir d'escassa consideració a l'hora del repartiment de drets i propietats que la família pogués tenir. Les noves parelles, una vegada constituïdes, construeixen la seva llar a casa dels pares del marit. A això es denomina patrilocalitat i és un factor altament rellevant, ja que la dona passa a dependre completament de la seva família política, en el si de la qual ocupa un lloc subordinat.

La dona ideal a l'Índia patriarcal és aquella que dona al seu marit un fill

home. El cercle viciós del patriarcat necessita la dona per reproduir-se alhora que intenta prescindir d'ella el més aviat possible. Desproveïdes de drets i de possibilitats, les nenes no tenen un altre futur que el de casar-se ràpidament. Només així deixaran de representar una càrrega per a unes famílies que han d'alimentar, educar i vestir a un membre que, més endavant, no repercutirà aquesta inversió. No oblidem que aproximadament uns 400 milions de persones viuen a l'Índia amb menys d'1,25 dòlars diaris⁵², un país amb una renda per càpita de 1.570 dòlars⁵³ que no compta amb sistemes de seguretat social institucionalitzats forts, per la qual cosa, en moltes ocasions, l'única forma de sobreviure és mitjançant el suport que es troba en el si de les famílies.

Una societat que dóna tanta importància als fills sobre les filles manifesta altres efectes perversos, com els avortaments selectius (s'estima que més de 600.000 dones a l'any interrompen el seu embaràs una vegada han tingut coneixement del sexe del seu futur fill), o les més altes taxes de mortalitat infantil—fins a un 40%— entre les nenes⁵⁴.

Vashali, la nostra *nena-símbol*, si arriba a néixer, serà portadora dels cognoms paterns, encara que això no significarà res a l'hora de continuar el llinatge familiar. No heretarà les terres ancestrals, en cas de ser filla d'agricultors de l'àrid Altiplà del Decán, o la petita tenda familiar de comestibles, en cas d'habitar en els suburbis de Calcuta. No comptarà amb drets de primogenitura, mantindrà un paper secundari en els assumptes públics, siguin aquests polítics o religiosos, i tindrà

⁵² Nations Unides [2014]. *Objectius de Desenvolupament del Mil·lenni. Informe 2014*. Nova York, Nations Unides. Consultat a: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-2014-spanish.pdf> [20-10-2015].

⁵³ Vegeu dades del Banc Mundial. Consultat a: <http://datos.bancomundial.org/pais/india> [20-10-2015].

⁵⁴ Díaz Mora, T. [2013]. Desigualdades de género en India, un problema por resolver. *El Rotativo*. Consultat a: <http://medios.uchceu.es/elrotativo/2013/02/07/desigualdades-de-genero-en-india-un-problema-por-resolver/> [20-10-2015].

poques possibilitats de desenvolupar un treball aliè als tradicionalment relacionats amb la cura.

No obstant això, convé assenyalar que l'Índia té una Constitució àmpliament progressista que, en el seu article 15, no només adjudica a l'Estat el paper de lluita contra la discriminació per raons de religió, raça, casta, sexe o lloc de naixement, sinó que, a més, obre la porta a elaborar lleis concretes que garanteixin l'accés als seus drets de dones i nens (Article 15.3)⁵⁵. Així doncs, la majoria de les situacions anteriorment ressenyades es donen al marge de la llei, fet que desgraciadament passa freqüentment en aquells sectors de la societat on la tradició juga un paper fonamental i/o en aquells llocs en què, per circumstàncies geogràfiques o polítiques, l'acció de l'Estat es veu reduïda, com ara al món rural, on habita el 68% de la població⁵⁶.

Una nova llei educativa

Un altre dels aspectes on es manifesta aquesta singular, per desigual iniquitat de gènere, és en l'educació. Segons dades del World Economic Forum (WEF) per a l'any 2014, l'Índex de Desigualtat de Gènere (IDG)⁵⁷ calculat per aquesta institució situava l'Índia en el lloc 114 d'un total de 142 països, lloc en el qual s'ha mantingut durant els últims set anys. Aquest mateix organisme dóna dades molt rellevants referents a la participació de la dona en la força de treball. Així, només un 30% de la població femenina té un treball remunerat, davant d'un 84% de la masculina, mentre que els ingressos anuals que obté aquest important

⁵⁵ Vegeu la Constitució Índia a: <http://india.gov.in/my-government/constitution-india/constitution-india-full-text> (20-10-2015).

⁵⁶ Vegeu dades del Banc Mundial. Consultat a: <http://datos.bancomundial.org/pais/india> (20-10-2015).

⁵⁷ World Economic Forum (2014). *The Global Gender Gap Report 2014*. World Economic Forum. Consultat a: <http://reports.weforum.org/global-gender-gap-report-2014/> (20-10-2015).

sector de la població suposen només un 25% del corresponent als homes: uns 1.980 dòlars per a les dones i 8.807 dòlars per als homes.

És impossible no relacionar aquesta desigual situació pel que fa a ingressos i participació en el mercat de treball amb l'accés de la dona, o més aviat la manca d'accés a l'educació. Només el 51% de les dones sap llegir i escriure, davant d'un 75% dels homes. Afortunadament, aquesta situació està començant a canviar. El darrer informe publicat per Nacions Unides (ONU) sobre el grau de compliment dels Objectius de Desenvolupament del Mil·lenni (ODM)⁵⁸ mostra, a finals de 2012, una taxa neta de matriculació en ensenyament primari del 94%, quan l'any 2000 era del 80% i, el 1990, del 75%. No obstant això, encara que no gaïre accentuades, si ho desglossem per sexe, veiem que la diferència en les taxes de matriculació entre nens i nenes pot ser de fins a tres punts.

Segons una enquesta realitzada per l'ONU l'any 2014⁵⁹, a més del sexe, la pobresa i el lloc de residència van ser alguns dels factors responsables d'aquesta disparitat. Una anàlisi elaborada entre 2006 i 2012 en diversos països empobrits va revelar que els infants del 20% de les llars més pobres, i en edat d'anar a l'escola primària, tenien una probabilitat tres vegades menor d'assistir-hi que aquells del 20% de les llars més riques, alhora que els infants que viuen en zones rurals tenen la meitat de possibilitats d'assistir a l'escola que els de les zones urbanes. D'altra banda, en les llars més pobres, les nenes tenien major probabilitat que els nens de ser excloses de l'educació

No podem oblidar que no va ser fins l'any 2009 que l'Índia començà a comptar amb una Llei que garanteix als nens i nenes el dret a accedir a una educació pública i obligatòria. La Right of Children to Free and Compulsory Education Act, a més d'estipular les normes i reglaments relatius al nombre de professors i professores i la seva formació

⁵⁸ Nacions Unides (2014)., op.cit.

⁵⁹ *Ídem*.

necessària, dissenya els plans d'estudi i obliga als governs i autoritats locals a proporcionar col·legis, de manera que cap nen o nena quedi sense escolaritzar. L'ambició de la Llei ha arribat al punt d'establir un rígid cronograma de capacitació per a més d'un milió de nous docents durant els cinc anys següents a la seva aprovació.

Tot i la forta aposta realitzada, encara hi ha un gran camí per recórrer. Segons un cens de 2011⁶⁰, aproximadament 4,35 milions de nens i nenes d'entre 5 i 14 anys no assisteixen a l'escola perquè exerceixen com a mà d'obra infantil. Amb els alts nivells de pobresa abans assenyalats, no és d'estranyar que moltes famílies no tinguin més remei que enviar els seus fills i filles a treballar si volen sobreviure.

D'aquesta manera, en comptes d'assistir com altres nens i nenes a l'escola, Vashali podria estar netejant com a assistenta en alguna de les elegants cases de Delhi; recollint i tallant pedra en les pedreres d'arenisca de Gujarat, o treballant en un restaurant, forn de maons o teler dels quals donen fama a les mil·lenàries catifes índies, perquè no va ser fins a 2012 que l'Índia va prohibir el treball infantil, fent il·legal el treball de tots els nens i nenes menors de catorze anys, en sintonia amb la Llei d'educació obligatòria.

L'alimentació com a l'altra cara de la moneda de l'educació

Les dades de l'Organització de les Nacions Unides per a l'Agricultura i l'Alimentació (FAO) mostren que l'any 2014 a l'Índia, el 15,2% dels nens i nenes menors de 3 anys mostrava problemes de desnutrició⁶¹.

⁶⁰ Neeta Lal. [2015]. A pesar de las leyes, el trabajo infantil perdura en India. *Inter Press Service*. Consultat a: <http://www.ipsnoticias.net/2015/02/a-pesar-de-las-leyes-el-trabajo-infantil-perdura-en-india/> [20-10-2015].

⁶¹ Vegeu dades a Food and Agriculture Organisation, FAO. Consultat a: <http://faostat3.fao.org/browse/D/FS/E> [20-10-2015].

Si els ODM havien fixat per l'any 2015 que la proporció màxima de nens i nenes menors de 5 anys, el pes dels quals havia d'estar per sota del normal no podia excedir del 25%, els informes de l'ONU de l'any 2012 assenyalaven que el nivell aconseguit a l'Índia (Àsia Meridional) era del 30%, afegint que, en els restants tres anys, seria molt difícil aconseguir l'objectiu establert.

No obstant això, encara que útils, si alguna cosa tenen els grans índexs macro és que resulten insuficients per reflectir la complexitat que té intervenir en qüestions vinculades a la seguretat alimentària i els seus múltiples aspectes. Així, hi ha països en els quals, fins i tot amb millores notables en la nutrició o on la població ha incrementat notablement el seu accés als aliments, les dades segueixen mostrant, persistentment, que els nens i nenes continuen pesant per sota del normal i subsisteixen retards en el creixement. I això és així perquè hi ha una relació directa i estreta entre salut i nutrició, de manera que l'alta incidència de certes malalties oblidades, o tractables a Occident (diarrees, malària, tuberculosi o VIH/sida) no permet millores substancials en altres aspectes. Per tant, a més de polítiques dirigides a millorar l'accés de la població als aliments, també són necessàries altres mesures destinades a garantir bones condicions de vida, per exemple, d'higiene urbana, subministrament i evacuació d'aigües o educació. Aquesta última, l'educació, manté una relació directa amb la nutrició i l'alimentació en general. Moltes organitzacions no governamentals (ONG), administracions públiques i agències internacionals així ho han entès.

Els nens i nenes que acudeixen a l'escola no obtindran uns resultats adequats si no estan, en primera instància, ben alimentats. I no estaran ben alimentats si no reben, tant ells com les seves famílies, una mínima formació quant al foment, el coneixement i les característiques dels aliments. És per això que moltes institucions i organismes fa temps que implementen projectes que uneixen educació i alimentació. D'aquesta

forma, els nens i nenes, quan van a l'escola, reben un plat de menjar que ha estat elaborat seguint receptes adequades i nutritives per a la seva edat. Les famílies estalvien alguna cosa del pressupost familiar destinat a la seva alimentació, saben que els seus fills i filles menjaran correctament i, a més, promouen la seva educació. És una relació *win-win*. Però això no queda aquí, ja que solen ser les mateixes escoles les que formen i capaciten a les famílies per a què siguin competents en l'elaboració de senzills i alimentosos àpats casolans basats en accessibles productes locals. Aquesta relació alumnes-escola-família pot garantir millores notables als programes de seguretat alimentària.

D'aquesta forma, Vashali, vivint a les desèrtiques terres del Rajastán, al Nord de l'Índia, podrà gaudir d'un nutritiu plat de *daal-baati*, amb base de blat i llenties; o d'un calòric i nutritiu plat d'arròs amb curri i llegums, si viu a Sivakasi, al Sud de Tamil Nadu.

El retard en el creixement pot reflectir més acuradament el pes dels efectes acumulatius d'una nutrició insuficient i d'una salut precària en els nens i nenes menors de 2 anys. Segons dades de l'ONU de 2012⁶², el retard en el creixement va ser una problemàtica més freqüent que el pes inferior al normal, i va afectar 1 de cada 4 infants a tot el món. I si bé s'han aconseguit notables progressos en la lluita contra aquest retard, reduint-se en més de 15 punts des de 1990 al 2012, encara s'estima que 162 milions de nens i nenes menors de 5 anys, segueixen corrent el risc de tenir un menor desenvolupament cognitiu i físic associat amb aquesta forma crònica de nutrició insuficient.

Per finalitzar, cal assenyalar que existeixen mesures senzilles d'aplicar que permeten reduir el retard en el creixement i altres conseqüències d'aquesta insuficiència, com el foment de la nutrició materna, fet que una certa modernitat malentesa ha anat desplaçant durant les últimes dècades de la vida quotidiana de moltes famílies.

⁶² Nations Unides [2014]., op.cit.

A tall de conclusió

L'any 2012, l'ONU va crear l'Equip de Tasques. La seva principal missió és donar suport a la preparació d'una Agenda de Desenvolupament post 2015. En el seu primer informe, "El futur que volem per a tots"⁶³, presentat al juny de 2015, ja s'assenyalaven algunes recomanacions basades en un enfocament ampli de polítiques de caràcter integrat, considerant aspectes tals com el desenvolupament econòmic i social, però sense oblidar qüestions com la pau i la seguretat, i la sostenibilitat ambiental.

En aquest informe es ressalta que, en alguns països empobrits d'Àsia, com l'Índia, encara que s'ha aconseguit reduir la bretxa existent pel que fa a la qualitat de vida dels seus habitants, les desigualtats en ingressos i riquesa s'han incrementat durant les últimes tres dècades. D'aquesta forma, es presenten diferències notables en l'accés a la terra i altres mitjans productius; a una alimentació adequada i nutritiva; a l'aigua potable, sobretot en mitjans urbans altament degradats i en zones rurals; a serveis sanitaris adequats, o a una educació bàsica apropiada. Això ha portat al fet que els nens i nenes de les famílies amb menys recursos, no hagin tingut bons resultats en la seva escolarització i mantinguin altes taxes de mortalitat i retard en el creixement, sent aquest de dues a quatre vegades major que en les famílies de sectors de població amb majors ingressos.

Així, Vashali i altres nenes com ella tenen un llarg camí per recórrer si volen viure una vida digna, plena d'oportunitats que els permetin aconseguir el seu complet potencial com a persones, així com la possibilitat de contribuir al desenvolupament de les seves famílies i de la seva comunitat. D'aquesta forma, potser un dia, el futur de l'Índia tingui realment nom de dona.

63 Nations Unides [2012]. *El futuro que queremos para todos*. Nova York, Naciones Unidas. Consultat a: http://www.un.org/en/development/desa/policy/untaskteam_undf/unttreport_sp.pdf [20-10-2015].