



Observatori de la
Igualtat de Gènere

LA IGUALTAT ÉS SALUDABLE

Recomanacions contra els
efectes negatius dels
estereotips sexistes en la
salut



Generalitat de Catalunya
Institut Català de les Dones

La igualtat és saludable

Recomanacions per sensibilitzar sobre els efectes negatius dels estereotips sexistes en la salut

© Generalitat de Catalunya
Institut Català de les Dones
Observatori de la Igualtat de Gènere

Coordinació:

Observatori de la Igualtat de Gènere. Institut Català de les Dones

Han participat en l'elaboració del projecte de decàleg les representants de les institucions següents pertanyents al Grup de Treball d'anàlisi de la imatge pública de les dones (Grup de Treball d'Estereotips) de l'Observatori d'Igualtat de Gènere:

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, Col·legi de Periodistes de Catalunya, Consell del Col·legi de Metges de Catalunya, Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya, Consell de l'Audiovisual de Catalunya, Comissió Nacional per una intervenció Coordinada contra la Violència Masclista, Direcció General de l'Atenció a la Infància i l'Adolescència, Direcció General de Comunicació del Govern, Direcció General de la Policia, Secretaria General de l'Esport i l'Activitat Física, Gabinet Tècnic de la secretaria General de Salut, Gabinet Tècnic del Departament de la Presidència, Institut Català de les Dones.

Assessorament:

Lucía Artazcoz Lazcano

Maig 2020



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement – No Comercial – Compartir Igual 4.0 Internacional de Creative Commons: en qualsevol explotació de l'obra autoritzada per la llicència caldrà reconèixer-ne l'autoria, no fer-ne ús comercial i difondre sota la mateixa llicència CC que aquesta obra original. La llicència completa es pot consultar [aquí](#).

Continguts

1. Introducció.....	2
2. Antecedents	4
2.1. El grup de treball de l'OIG	4
2.2. Motivació	5
3. Metodologia.....	6
4. Aproximació a l'estat de la qüestió.....	7
4.1. Legislació	7
4.1.1. Internacional.....	7
4.1.2. Estatal	8
4.1.3. Catalana.....	8
4.2. Context i marc teòric	11
4.2.1. Quin és l'estat de salut de les dones i els homes?	11
4.2.2. Perquè una perspectiva de gènere en la salut?	14
4.2.3. Quines són les desigualtats de gènere en la salut?	15
4.2.4. Els determinants socials de la salut	17
5. El decàleg <i>La igualtat és saludable</i>	21
5.1. Públic al que va destinat.....	22
6. Bibliografia	23
7. Annexos	25
7.1. Decàleg <i>La igualtat és saludable</i>	25

1. Introducció

El gènere, com a construcció social i cultural que es refereix als rols i normes que fixen els comportaments i actituds que socialment es consideren adients per dones i homes estableixen les bases dels estereotips de gènere que construeixen els models de feminitat i masculinitat heteronormatius. La feminitat normativa està lligada a trets com la feblesa, la sensibilitat, la resignació, la submissió, entre d'altres. En contraposició, la masculinitat normativa es vincula amb la fortalesa, la valentia, la competència o la seguretat.

Els estereotips es reforcen i estenen a través de la socialització, que imposa normes sobre la identitat de gènere, l'orientació sexual i les relacions de gènere (Artazcoz et al., 2018). Aquest conjunt de normes i rols imposats tenen el seu impacte i expressió en diferents àmbits de les persones, també en el seu benestar, salut i cura que van més enllà de les diferències biològiques. Les dones i els homes tenen diferents maneres de viure, cuidar-se, d'emmalaltir, de respondre a les intervencions sanitàries i de rebre respostes del sistema sanitari diferents a iguals problemes de salut. Poques vegades la biologia actua sola en la determinació de les desigualtats en matèria de salut.

La salut de les persones ve donada per determinants socials com el context socioeconòmic i polític, els eixos de desigualtats com la classe social, el gènere, l'edat, l'ètnia i el territori, els recursos materials (condicions de treball, ingressos, habitatge, entorn residencial) i els serveis de salut (Borrell i Malmusi, 2010).

Les dones presenten més malalties cròniques que en la seva evolució intensifiquen el dolor, realitzen menys activitat física i pateixen amb més freqüència que els homes depressió i ansietat. Els homes en canvi, adopten més conductes de risc en el consum de substàncies, en les seves relacions sexuals (més risc d'infeccions de transmissió sexual) i la conducció (més accidents). En l'exposició a la violència també presenten diferències, les dones l'experimenten amb major freqüència en el marc de la parella i en l'àmbit comunitari, en canvi els homes presenten conductes més violentes i més homicidis. En relació a la imatge, les dones tenen el mandat d'estar sempre atractives i aquesta imposició sovint degrada la seva salut física i mental.

Així doncs, la divisió de gènere en la societat té impacte en la salut de les persones, atorgant el poder, l'accés i el control dels recursos a un gènere per sobre de l'altre i establint la divisió sexual del treball. S'assigna a les dones la responsabilitat d'assumir

les tasques de cura d'infants, persones amb discapacitat o malalties de les famílies, al mateix temps que no es reconeix ni es dona valor a aquesta tasca.

Conscients d'aquesta realitat, l'Observatori de la Igualtat de Gènere de l'Institut Català de les Dones a través del seu grup de treball d'anàlisi de la imatge pública de les dones (GT2ESTEREOTIPS) ha elaborat un decàleg per a una igualtat saludable. La missió d'aquest document és posar de manifest la importància de la introducció de la perspectiva de gènere en la percepció de la pròpia salut en la població catalana.

L'objectiu del decàleg, dirigit a la població general, és mostrar aquells determinants i estereotips de gènere i com aquests estan tenint influència sobre la prevenció de la malaltia, l'atenció i la percepció de la salut de les persones, especialment les dones. Al mateix temps es realitzen propostes per revertir aquests estereotips.

2. Antecedents

2.1. El grup de treball de l'OIG

L'Observatori de la Igualtat de Gènere (OIG) es crea com a instrument per assolir la igualtat efectiva de dones i homes. Això passa per promoure i fomentar les polítiques públiques que possibilitin la igualtat i la participació de les dones en la vida política, cultural, econòmica i social, i eliminar els obstacles que ho impedeixin, partint de les dades, les estadístiques i la recerca.

Un dels principals obstacles en la lluita contra les desigualtats entre dones i homes són els rols associats al gènere tant arrelats en la cultura patriarcal que generen estereotips molt difícils de combatre i perpetuadors de les discriminacions de les dones. Aquests estereotips donen una imatge simplista i desvalorada de les dones que legitima dia a dia el sexisme i les pràctiques discriminatòries establint una barrera per a la igualtat de gènere.

Per aquest motiu l'OIG té com a un dels seus principals objectius eliminar la imatge estereotipada de les dones i la banalització del masclisme als mitjans d'informació i comunicació, així com en altres àmbits com ara l'educació, la salut, la família, la cultura i el lleure.

Per això, la posada a disposició de la ciutadania de codis de bones pràctiques divulgatius per trencar els estereotips de gènere, específics pels diferents àmbits de la societat, pot esdevenir un instrument d'importància cabdal.

Conscients d'això, el GT2ESTEREOTIPS de l'OIG té planificat desenvolupar una col·lecció de codis de bones pràctiques per trencar els estereotips de gènere i posar-los a disposició de la ciutadania i dels professionals de cada àmbit per conscienciar i sensibilitzar del gran efecte que aquests estereotips tenen sobre la vida i el benestar de les persones, especialment les dones i establir les bases del canvi cap a la igualtat efectiva.

Per altra banda, és molt convenient elaborar aquests codis de bones pràctiques de manera consensuada, comptant amb la opinió i la valoració dels principals organismes, entitats i expertes en les diverses dimensions de l'anàlisi de la Igualtat de Gènere. Per al seu desenvolupament en el grup de treball es compta amb representants dels següents organismes:

- Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
- Associació Catalana de Municipis
- Col·legi de Periodistes de Catalunya

- Consell del Col·legi de Metges de Catalunya
- Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya
- Consell de l'Audiovisual de Catalunya
- Comissió Nacional per una intervenció Coordinada contra la Violència Masclista
- Direcció General de l'Atenció a la Infància i l'Adolescència
- Direcció General de Comunicació del Govern
- Direcció General de la Policia
- Secretaria General de l'Esport i l'Activitat Física
- Gabinet Tècnic de la secretaria General de Salut
- Gabinet Tècnic del Departament de la Presidència
- Institut Català de les Dones

Un dels decàlegs planificat dins de les actuacions del grup va ser el de salut i gènere. Es va acordar elaborar-lo aprofitant l'expertesa en l'elaboració de decàlegs del Consell de l'Audiovisual de Catalunya (CAC) i que justament el grup de treball havia col·laborat en l'elaboració del decàleg de recomanacions a empreses i anunciants per a una publicitat igualitària¹.

2.2. Motivació

L'àmbit de la salut és un àmbit en que el gènere de la persona atesa mediatitza la forma en que s'abordarà la seva malaltia, el diagnòstic que se'n farà i el tractament que es recomanarà. Igualment la forma en que dones i homes es cuiden de la pròpia salut és diferent perquè les dones prioritzen la salut dels altres a la seva pròpia, mentre que els homes no prioritzen ni les seves pròpies cures. És per tant recomanable introduir la perspectiva de gènere tant en l'atenció sanitària com en la cura de la pròpia salut per tal de que les dones rebin l'atenció adequada i no resultin discriminades en l'accés a la salut o a determinats tractaments pel fet de ser dones i per tal que els homes tinguin més cura de la seva salut i no recaigui sobre les dones, una vegada més, aquesta responsabilitat.

¹ [Recomanacions per a una publicitat igualitària](#) elaborat per L'Institut Català de les Dones, el Consell de l'Audiovisual de Catalunya i el Col·legi de Publicitaris i Relacions Públiques de Catalunya.

3. Metodologia

El decàleg *La igualtat és saludable*, s'ha elaborat mitjançant un procés participatiu de les persones representants dels diferents organismes que componen el Grup de Treball GT2ESTEREOTIPS. D'aquesta forma s'ha intentat assegurar la inclusió de múltiples perspectives així com d'experteses provinents de disciplines molt diferents. Especialment però, s'ha tingut en compte les aportacions fetes des de l'àmbit de la salut i de la comunicació. Pel que fa les primeres tenen el coneixement per elaborar els continguts i les segones ja tenien expertesa en l'elaboració de decàlegs anteriors. Les aportacions realitzades des de l'àmbit de la comunicació també han estat molt valuoses per tal que els missatges que es volen transmetre arribin al públic destinatari.

A més a més el Grup de Treball ha comptat en aquest procés amb l'assessorament de la Doctora Lucía Artazcoz experta en salut i gènere, Directora de l'Observatori de Salut Pública de l'Agència de Salut Pública de Barcelona i professora associada de la Universitat Pompeu Fabra i de la John Hopkins University . El seu assessorament ha estat clau també a l'hora d'introduir la perspectiva de gènere en el decàleg.

Així doncs, el procés per a l'elaboració del decàleg que es presenta a continuació, ha estat de 5 sessions de treball que s'han allargat durant 10 mesos.

D'altra banda, i per tal de contextualitzar i basar la justificació de l'elaboració del decàleg, en el present projecte es fa una primera aproximació a l'estat de la qüestió i al marc legal i conceptual, fent especial èmfasi en la necessitat d'introduir la perspectiva de gènere en l'àmbit de la salut, tot fent referència a la legislació a nivell internacional, estatal i català. També es fa referència a les diferències en l'estat de salut de dones i homes a Catalunya que es manifesten en les dades disponibles, als conceptes més bàsics sobre els estereotips de gènere i com aquests constitueixen la base de les desigualtats de gènere que impacten de forma diferent en la salut de les persones, així com al model dels determinants de la salut en el qual s'ha basat el Grup de Treball per a emmarcar els principals conceptes.

4. Aproximació a l'estat de la qüestió

4.1. Legislació

4.1.1. Internacional

El Consell d'Europa

L'any 2008 el Consell d'Europa va adoptar una Recomanació (CM/Rec(2008)1) sobre la introducció de les diferències de gènere en les polítiques de salut i va emetre un seguit de recomanacions i mesures específiques als governs dels Estats membres per a què aquests garantissin la incorporació de la perspectiva de gènere en les polítiques de salut.

Nacions Unides

- **Declaració i Plataforma d'Acció de Beijing**

A la Quarta Conferència Mundial sobre la Dona celebrada en Beijing el 1995, es van definir alguns objectius estratègics sobre la salut de les dones i en la Declaració i Plataforma d'Acció de Beijing , adoptada en 1995 per 189 Estats membres de la ONU, es va establir la definició de salut feta per l'OMS el 1948 (i encara vigent), com un estat de complert benestar, i no només com l'absència de malaltia. Es van establir també els objectius sobre la salut de la dona, que són els següents:

- Garantir una atenció de qualitat i incrementar les inversions en serveis essencials per a les dones.
- Augmentar l'accés de les dones durant tot el cicle de les seves vides als serveis de salut i d'informació.
- Enfortir els programes preventius per a la promoció de la salut de les dones.
- Prendre la perspectiva de gènere per a garantir la salut i els drets sexuals i reproductius.
- Promoure la recerca i difondre informació sobre la salut de les dones.
- Incrementar els recursos i mecanismes de seguiment amb indicadors per a garantir la incorporació de la perspectiva de gènere en les polítiques i programes de salut.

- **La Convenció sobre la eliminació de totes les formes de discriminació de les dones**

Es va adoptar el 1979 per part de l'Assemblea General de les Nacions Unides, i constitueix una declaració internacional dels drets de les dones. Es va definir el que

constitueix una discriminació contra les dones i es va establir l'agenda per a l'acció nacional per posar fi a qualsevol tipus de discriminació contra les dones. La Recomanació general 24 (1999) de la CEDAW estableix una sèrie d'accions recomanades per als Estats que en formen part:

- Incorporació de la perspectiva de gènere en totes les polítiques i programes que afectin a la salut de les dones i en la provisió de serveis de salut per a les dones.
- Eliminar qualsevol barrera d'accés de les dones als serveis de salut.
- Prioritzar la prevenció dels embarassos no desitjats a través de la planificació familiar i l'educació sexual.
- Assegurar que els programes de capacitat per al personal que treballa en l'àmbit de la salut incloguin formació integral, obligatòria i sensible al gènere sobre la salut de les dones i en particular sobre la violència masclista.

4.1.2. Estatal

Ley Orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres

La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de març, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres en el seu article 27, fa referència a l'obligació que tenen les Administracions Públiques d'integrar el principi d'igualtat en les polítiques de salut, i de les actuacions que han de prendre a tal efecte.

Ley 33/2011 General de Salud Pública

Així mateix la Llei 33/2011, de 4 d'octubre, General de Salud Pública, en el seu article 6.1 del Dret a la igualtat, es fa menció al dret que tenen totes les persones a que les actuacions en salut pública es realitzin en condicions d'igualtat sense que es pugui produir cap discriminació per raó de naixement, origen racial o ètnic, sexe, religió, convicció o opinió, edat, discapacitat, orientació o identitat sexual, malaltia o qualsevol altra condició o circumstància personal o social. I especialment en el seu apartat segon, prohibeix tota discriminació entre dones i homes en les actuacions de salut pública.

4.1.3. Catalana

Llei 17/2015, del 21 de juliol, d'igualtat efectiva de dones i homes

La Llei 17/2015 del 21 de juliol, d'igualtat efectiva de dones i homes fa referència en el seus **articles 48 i 49** a l'obligació que tenen les Administracions Públiques d'introduir la perspectiva de gènere en les polítiques de salut i de serveis, així com en la recerca i

la investigació en l'àmbit de la salut, respectivament. I específicament l'article 48 diu així:

- **Article 48. Polítiques de salut i serveis**

1. Les administracions públiques de Catalunya competents en matèria sanitària, en l'àmbit de llurs competències respectives, han de prendre les mesures necessàries per a:
 - a) Prevenir i tractar les malalties que afecten especialment les dones.
 - b) Prevenir i tractar les malalties que tenen un impacte diferencial en les dones.
 - c) Garantir una detecció precoç de les situacions de violència masclista com a fenomen que afecta en gran mesura la salut de les dones.
2. Les administracions públiques de Catalunya competents en matèria sanitària, en l'àmbit de llurs competències respectives, per a garantir de manera integral la salut afectiva, sexual i reproductiva, han de:
 - a) Incloure en les polítiques educatives, des de primària, la difusió de continguts relatius a la salut afectiva, sexual i reproductiva, amb una atenció especial als adolescents, joves i grups de població vulnerables.
 - b) Garantir la inclusió del consell reproductiu dins de la cartera de serveis de les unitats d'atenció a la salut sexual i reproductiva, i facilitar l'accés universal als mètodes contraceptius segurs, amb una atenció especial a les adolescents.
 - c) Potenciar l'apoderament de les dones en la presa de decisions respecte a l'anticoncepció i les mesures de prevenció de les malalties de transmissió sexual.
 - d) Afavorir l'autonomia de les dones en l'embaràs, el part i la lactància.
 - e) Garantir que les dones puguin rebre la prestació de la interrupció de l'embaràs, per mitjà dels centres de la xarxa sanitària de responsabilitat pública, segons la normativa vigent.
 - f) Tenir una cura especial de les dones que viuen soles i en precarietat econòmica.
 - g) Treballar perquè la cura de les persones en l'àmbit familiar sigui compartida per homes i dones, d'acord amb el que disposa l'article 47.c.1r.
3. Les administracions públiques de Catalunya competents en matèria sanitària, en l'àmbit de llurs competències respectives, han de prendre les mesures adequades per a prevenir i detectar la mutilació genital femenina, i informar les dones afectades, incloses les menors d'edat, sobre la possibilitat,

si s'escau, de revertir o mitigar, per mitjà de mecanismes sanitaris d'intervenció quirúrgica, els efectes de la mutilació practicada.

4. Les enquestes de salut han d'introduir com a variables indicadors sensibles a la detecció de desigualtats de salut per raó de sexe i gènere i han de tenir en compte la diversitat de dones, tant en el diagnòstic, la prevenció i el tractament com en el tracte dispensat en els serveis.

5. Els instruments de planificació sanitària i els plans d'acció comunitària han d'incorporar la perspectiva de gènere en totes les fases, i també fomentar la participació dels diferents col·lectius de defensa dels drets de les dones.

6. La formació dels professionals de la salut ha de garantir que la pràctica clínica doni resposta a les necessitats i les expectatives en salut pel que fa al sexe i al gènere, i ha d'incloure el coneixement de la fisiopatologia de les dones en els diferents sistemes orgànics i la formació per a detectar les situacions de violència masclista i les pràctiques de control sexual.

7. Les administracions públiques de Catalunya competents en matèria sanitària, en l'àmbit de llurs competències respectives, han de garantir la informació destinada a les dones amb relació a la salut, i acompanyar-les en les diferents etapes vitals, amb la mínima medicalització possible en l'embaràs i el part.

Llei 15/1990 d'ordenació sanitària de Catalunya

La Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, en els seus principis informadors (art.2) inclou l'equitat i la superació de les desigualtats territorials o socials per a la prestació dels serveis sanitaris.

Llei 18/2009 de salut pública

La Llei 18/2009, del 22 d'octubre, de salut pública en el seu article 3 estableix els seus principis informadors entre els que cal destacar la superació de les desigualtats territorials, socials, culturals i de gènere.

4.2. Context i marc teòric

4.2.1. Quin és l'estat de salut de les dones i els homes?

Segons l'European Institut for Gender Equality (EIGE), en general a Europa les dones viuen més anys que els homes i hi ha més morts masculines que femenines en la població en edat de treballar (de 15 a 64 anys). Però les dones tot i viure més temps, viuen en proporció menys anys amb bona salut que els homes (indicador de l'esperança de vida sense problemes de salut moderats o greus o discapacitats adquirides). Amb l'envelliment de la població, el risc de malalties cròniques com la diabetis i els problemes de salut mental (demència, Alzheimer i la depressió) augmenta, especialment entre les dones.

A més a més algunes malalties com el càncer de mama, la osteoporosis i els trastorns alimentaris són més comuns en les dones, mentre que la endometriosis i el càncer cervical les afecten exclusivament. D'altra banda, és més probable que els homes morin per càncer de pulmó i colorectal, malalties cardíques i accidents de trànsit. Algunes malalties, com el càncer de pròstata, també afecten exclusivament als homes.

Algunes dades extretes de [l'Informe de salut de Catalunya 2019](#)

En una primera aproximació a l'anàlisi de la salut de la població catalana en clau de gènere, algunes coincideixin amb dades calculades a nivell europeu incloses en l'Informe de Salut de Catalunya del 2019 que utilitza principalment les dades provinents de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2018.

Aquestes dades mostren com els homes i les dones catalanes tenen una de les esperances de vida més altes d'Europa, tot i que la de les dones 86,4 anys segueix sent més elevada que la dels homes 80,7 anys. Malgrat que les dones viuen més anys viuen més temps amb pitjor salut, concretament 20,1 anys de mitjana, mentre que els homes 14,1 anys. En general les dones de més edat, amb un nivell socio-econòmic i d'estudis baix, són les que declaren tenir pitjor salut.

Pel que fa a les conductes que es consideren més importants perquè afecten en major mesura a la salut de les persones, i que estan influenciades pels determinants socials com el gènere cal dir que:

- Respecte a la pràctica d'activitat física saludable el 81,1% de les dones de 15 a 69 anys diuen practicar-la enfront el 84,5% dels homes en el mateix tram d'edat
- Respecte el seguiment de la dieta mediterrània és més gran entre les dones de 15 i més anys (67,2% dones i 57,7% dels homes) excepte en el darrer tram

d'edat de 75 anys i més en que els homes manifesten seguir en major proporció una dieta saludable (64,4% dones i 74,4% homes).

- En la població de 15 i més anys, el consum de tabac i d'alcohol, és majoritari entre els homes. El 30,9% dels homes diuen consumir tabac enfront el 20,5% de les dones. Respecte al consum de risc d'alcohol diuen consumir-lo 6,4% dels homes i el 1,7% de les dones.

Respecte a allò que fa emmalaltir, les principals diferències entre dones i homes, es troben en el següents aspectes:

- L'augment de la incidència de les malalties de transmissió sexual està sent considerat un problema de salut emergent que afecta en major mesura als homes. La taxa d'incidència per 100.000 habitants de la sífilis infecciosa entre els homes és de 43,8% i en les dones del 4,4% mentre que la incidència del VIH és de 14,2% entre els homes i 2,1% entre les dones.
- La prevalença de problemes de salut crònics o de llarga durada és més elevada en dones (41,4%) que en homes (35,2%) i aquesta diferència s'accentua a mesura que incrementa l'edat. L'acumulació de patologies de llarga durada fa que la qualitat de vida de les persones es deteriori i poden donar lloc a situacions de dependència, sobretot en les dones. Gairebé la meitat de les dones de 75 anys i més són dependents (46,3%) enfront el 28,1% dels homes.

Respecte a les dades referents a quines són les causes de mortalitat, de nou es troben diferències segons el gènere:

- Les principals causes de defunció en les dones són les malalties de l'aparell circulatori i per malalties neurològiques, mentre que en els homes ho són el càncer i les malalties de l'aparell respiratori són més elevades.

Pel que fa a la salut mental:

- L'11,2% de les dones de 15 anys i més pateix depressió major o depressió major severa, més de 7 punts més que els homes (3,9%).

D'altra banda, cal tenir en compte elements com els recursos amb els que compten les persones a l'hora d'afrontar un problema de salut, així com d'altres factors que poden afectar la seva qualitat de vida, els suport socials amb el que compten, el risc de caure en la pobresa, la dedicació a les feines domèstiques o a la cura d'altres persones dependents del nucli familiar.

- L'11,9% dels homes i el 14,6% de les dones viuen sols i aquesta proporció arriba fins al 44,8% de dones de 80 anys i més en dades de l'Enquesta contínua de llars de l'INE. Tot i que viure sol no implica necessàriament soledat o aïllament, el 6,7% d'homes i el 9,5% de dones declaren tenir un nivell baix de suport social.
- Segons l'Enquesta de Condicions de Vida 2019, la proporció de dones que se situen per sota del llindar de risc de pobresa és més elevada que la dels homes, particularment entre les persones de 65 anys i més, en què és el doble (24,6% les dones i 12,1% els homes).
- Entre els factors socials que s'associen amb la pitjor percepció de salut del conjunt de les dones amb relació als homes hi ha la dedicació més gran de les dones a les tasques domèstiques, que sovint representa una doble jornada de treball, i la cura de les persones menys autònomes de la llar. El 41,0% de les dones declaren ser les úniques responsables de les tasques domèstiques, enfront de l'11,0% dels homes.
- A l'hora de tenir cura dels altres membres de la llar que són menys autònoms, ja sigui per motius d'edat o per discapacitat, la proporció de dones que en té cura en solitari és més elevada que la d'homes. El 27,3% de les dones i el 3% dels homes tenen cura en solitari dels infants i joves de menys de 18 anys. El 26,3% de les dones i el 14,3% dels homes tenen cura en solitari de les persones de 75 anys i més. El 33,5% de les dones i el 14,3% dels homes tenen cura en solitari de persones amb discapacitat.

Enquesta de violència masclista a Catalunya 2016

La manifestació més extrema de la desigualtat de gènere són les violències masclistes, que es manifesten en múltiples formes i àmbits (la violència psicològica, física, econòmica i sexual que es poden donar en diferents àmbits: de la parella, familiar, sòcio-comunitari i laboral).

- L'any 2016, segons dades de l'EVMC el 17,6% de les dones de 16 anys i més havien estat víctimes d'algun tipus d'acte de violència masclista durant els darrers 12 mesos i una de cada 4 dones havien patit un fet especialment greu² al llarg de la seva vida.

² Amenaces greus, agressions físiques violentes, intent de violació, violació o tocaments sexuals amb violència.

4.2.2. Perquè una perspectiva de gènere en la salut?

El gènere juga un paper determinant tant en la incidència com en la prevalença de patologies específiques, així com en el seu tractament i impacte en termes de benestar i recuperació. Això es deu a les interrelacions entre les diferències biològiques relacionades amb el sexe i els factors socioeconòmics i culturals que afecten el comportament de dones i homes i el seu accés als serveis de salut.

Així quan es referència el concepte de gènere estem parlant de descriure i analitzar les característiques de les dones i els homes basades en els construccions socials mentre que quan es parla de sexe fem referència a les característiques que venen determinades biològicament.

En aquest sentit i segons Velasco (2009), en el seu model de salut integral i atenció biopsicosocial, si bé el sexe biològic comporta determinants diferencials que és necessari fer visible i atendre, els rols de gènere són determinants socials, són formes de vida socialment perpetuats que afecten la salut d'homes i dones de forma diferent. De la mateixa manera, els ideals de feminitat i masculinitat i les seves vivències subjectives són determinants psico-socials de gènere.

En el camp de la recerca mèdica LM Verbrugge va ser pionera a l'hora de demostrar que existien diferències en les malalties que afectaven dones i homes, assenyalant una major prevalença de malalties cròniques i en l'ús dels serveis de salut entre el sexe femení. El biaix en l'atenció sanitària és conseqüència de la falta d'investigació en la morbiditat diferencial, és a dir, en l'estudi de malalties que afecten més a dones i homes i en l'existència d'una visió androcèntrica que té a l'home com a centre. (Valls-Llobet, Ojuel, López, Fuentes)

La perspectiva de gènere és la presa en consideració de les diferències entre dones i homes en un àmbit o una activitat per al disseny, l'anàlisi, la planificació i l'execució de polítiques, segons la manera en què les diverses actuacions, situacions i necessitats afecten les dones i els homes. Aquest enfocament permet visibilitzar dones i homes en la seva dimensió biològica, psicològica, històrica, social i cultural, i també permet de trobar línies de reflexió i d'actuació per erradicar les desigualtats

Per això, en les polítiques de salut, és important tenir en compte la distinció entre els conceptes de "sexe" i "gènere". Tant la recerca com les polítiques de salut han de considerar i abordar adequadament com interactuen les diferències socials i biològiques que acaben determinant la salut de les dones i els homes. La comprensió

de la interacció entre sexe i gènere en el desenvolupament i tractament de la salut i la malaltia pot ser beneficiós tant per a les dones com els homes en termes de prevenció, intervenció i resultats.

4.2.3. Quines són les desigualtats de gènere en la salut?

Els estereotips

El gènere dicta les normes, els rols i els valors configurant la base dels estereotips. Així els estereotips i rols de gènere (prejudicis), són idees preconcebudes que s'han anat construint i transmetent al llarg del temps en la nostra societat. Aquestes construccions culturals i socials acaben classificant les persones (en aquest cas dones i homes) segons els seves característiques psíquiques i físiques, assignant-los uns rols determinats i atribuint uns comportaments que la societat espera d'elles, limitant d'aquesta manera les possibilitats de desenvolupament de les persones.

Els estereotips i rols de gènere són molt presents en la nostra societat heteropatriarcal, en la que prevalen els següents models que determinen comportaments relacionats amb la salut:

- Model de feminitat lligat a trets com: la feblesa, la sensibilitat, la comprensió, la dependència, la resignació...
- Model de masculinitat lligat a trets com: la fortalesa, la valentia, la competència, el triomf, la superació, la seguretat...
- Model heteropatriarcal que imposa normes sobre la identitat de gènere, l'orientació sexual i les relacions de gènere

Aquests models descrits anteriorment, fan que dones i homes tinguin comportaments ben diferenciats que impacten també de forma diferent en la seva salut i que poden donar lloc a que es produeixin desigualtats de gènere pel que fa a l'accés als serveis de salut, en el diagnòstic i en el tractament de la malaltia.

A continuació es fa menció d'algunes de les principals desigualtats de gènere que es produeixen en la salut:

- Hàbits i estils de vida

Els rols i estereotips de gènere són ben presents en els hàbits i estils de vida de les dones i els homes. En aquest sentit els homes tenen majors conductes de risc associades al model de masculinitat, fet que els exposa a un major risc davant de la malaltia. També en l'àmbit laboral estan més exposats a riscos físics i químics, així com a comportaments de "risc i aventura". D'altres comportaments relacionats amb la

masculinitat tenen a veure amb la tendència utilitzar menys el serveis de salut, i quan ho fan hi ha menys probabilitat de que informin dels símptomes. En general els homes tenen menys cura de la seva salut que les dones.

- Ús dels serveis de salut

També són presents els rols i els estereotips de gènere a l'hora de fer ús dels serveis de salut i això pot afectar al propi estat de salut. En general els homes fan servir més les urgències i els serveis hospitalaris. Tanmateix les dones i els homes poden rebre diagnòstics i tractaments diferents quan busquen assistència mèdica per problemes de salut similars, de forma que en base els mateixos símptomes les dones són diagnosticades amb major freqüència de depressió i en canvi els homes d'estrès.

D'altra banda, un mateix problema de salut pot tenir símptomes diferents per a homes i dones sent molt més reconeguts els símptomes que afecten els homes per una mirada androcèntrica durant segles de l'aprenentatge dels professionals sanitaris.

- Medicalització

Les dones són les més medicalitzades i constitueixen les principals receptores de tractaments psicofàrmacs, gairebé el doble que els homes.(Zapater, F., 2018). Segons M. López, en l'abordatge del dolor i el malestar que pateixen les dones s'acostuma a medicalitzar reduint la multi causalitat dels símptomes que presenten, i en comptes d'anar a buscar les causes per poder establir diagnòstics diferencials, es pren com a element comú el dolor, tractant-lo amb analgèsics i psicofàrmacs. En aquest sentit, molts estudis sobre l'impacte que els rols familiars i laborals tenen en la salut, estan basats en factors psicològics i sobre les percepcions, en lloc d'utilitzar enfocaments estructurals que mesuren l'impacte que poden tenir els rols i les càrregues associades mitjançant indicadors objectius (per exemple, la càrrega de treball domèstic a través del nombre de fills o filles).(Borrell i Artazcoz, 2007)

- Salut sexual i reproductiva

La societat androcèntrica sovint ha menystingut el dret a decidir sobre el propi cos de les dones i el domini ancestral dels homes respecte les dones ha relegat a segon terme totes les malalties o situacions en que les dones es troben per la seva condició reproductiva.

El fet que es consideri que els homes han de ser actius sexualment i les dones passives i tot una sèrie de conductes estereotipades respecte el sexe fa que les dones en algunes ocasions visquin la seva sexualitat de forma negativa i per tant perjudicial per la seva salut física i mental.

- Treball de cures no remunerat

Històricament les dones han assumit fins a dia d'avui el gruix de les tasques relacionades amb el treball no remunerat de la llar, de la cura de les filles i fills i en general de les persones dependents. Són feines amb un desgast físic important, però sobretot amb una forta càrrega emocional. El fet que les dones s'hagin incorporat al mercat de treball remunerat, fa que hagin d'assumir dobles i fins i tot triples jornades laborals no remunerades, el que es tradueix en una major exposició a un estrès continuat que impacta directament en la salut de les dones.

- Segregació del mercat laboral

L'actual crisi sanitària ha posat de manifest la centralitat de les cures i d'aquells sectors professionals que s'hi dediquen. La divisió sexual del treball no remunerat que assumeixen les dones també s'ha traslladat al mercat de treball remunerat, produint-ne una forta segregació horitzontal. Així les dones tendeixen a dedicar-se a professions més feminitzades i més relacionades amb les cures, com les del sector de la salut i dels serveis socials, i que s'han convertit actualment en un sector clau per aturar l'actual crisi sanitària (segons dades estimades de la Cambra de Comerç de Barcelona, les dones representen un 70% del personal sanitari i farmacèutic). Sovint però els sectors més feminitzats són els pitjor remunerats. A més a més, cal tenir en compte que tot i que la presència de les dones a primera línia d'actuació està sent majoritària, no acostumen a ocupar els llocs de presa de decisions degut al sostre de vidre (segregació vertical), per les dificultats amb les que es troben per accedir als llocs de treball amb més reconeixement. En general tot i que el COVID-19 està tenint una taxa més baixa de mortalitat entre les dones, sí que presenten una major incidència donada la seva major exposició al contagi.

- La violència masclista

La violència contra les dones és l'expressió més greu i devastadora d'aquesta cultura, que no només destrueix vides, sinó que impedeix el desenvolupament dels drets, la igualtat d'oportunitats i les llibertats de les dones, per simple fet de ser dones. És per això inqüestionable l'impacte de la violència masclista sobre la salut de les dones que la pateixen i dels seus fills i filles. Es considera un problema de salut pública i una greu violació dels drets humans de les dones i és per això que destaca la importància del paper del sector de la salut a l'hora de donar respostes a la violència masclista.

4.2.4. Els determinants socials de la salut

La salut constitueix un dels aspectes més importants en la vida humana i es relaciona íntimament amb la justícia social (Sen, 2002). Partint de la necessitat d'una distribució

justa, així com de la formació eficient de les capacitats humanes, les persones haurien de tenir les mateixes oportunitats d'assolir una salut lliure de malalties evitables i mort prematura. La realitat, però, mostra de manera massa habitual, com els col·lectius menys afavorits socialment pateixen una pitjor salut, de manera que determinants com la classe social, el gènere, el territori o l'ètnia, causen un excés de morbiditat i mortalitat superior a la majoria de factors d'emmalaltir coneguts (Borrell & Artazcoz, 2008). L'Organització Mundial de la Salut defineix els determinants socials de la salut com les "circumstàncies en què les persones neixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen, i els sistemes establerts per combatre les malalties. Aquestes circumstàncies estan conformades per un conjunt més ampli de forces: econòmiques, socials, normatives i polítiques" (World Health Organization, 2008).

Segons aquest model, l'estratificació social derivada de la construcció hegemònica del gènere condiciona desigualtats en salut entre homes i dones. La Comissió dels Determinants Socials de la Salut de l'Organització Mundial de la Salut va incloure el gènere en el seu marc conceptual dels determinants socials de la salut (Solar & Irwin, 2007), posteriorment adaptat per la Comissió per Reduir les Desigualtats en Salut del Ministeri de Sanitat (fig.1). En aquest marc, el gènere actua com una estructura de poder en què aquells homes amb posicions més properes a l'ideari de masculinitat hegemònica obtenen privilegis respecte a les dones i altres homes amb posicions subordinades (ex: orientació sexual dissident). Aquesta desigualtat de gènere està condicionada per factors contextuais, a més de la cultura i valors de la societat, que poden ser més o menys propers a les nocions patriarcals, i es troba determinat també per factors tant socioeconòmics com polítics. Aquests factors contextuais es canalitzen a través de les polítiques macroeconòmiques, de benestar i de mercat de treball, que influeixen en la disminució o augment de les desigualtats dins dels eixos de poder, exemple d'això són les polítiques de foment de la igualtat entre dones i homes en l'àmbit laboral.

A més a més del gènere, les desigualtats en salut estan influïdes per altres eixos de poder com la classe social, l'ètnia i territori o l'edat, que són modulats igualment per factors contextuais. Aquests eixos al seu torn interseccionen entre ells, augmentant les vulnerabilitats en salut de certs grups de població. És el cas de dones migrants o d'ètnies marginades, de classes socioeconòmiques més empobrides o de menor edat. La interseccionalitat entre eixos de desigualtat i els contextos socioeconòmics i culturals en què es desenvolupen componen els determinants estructurals de les desigualtats en salut. Aquests determinants es canalitzen i configuren determinants intermedis, sobretot els que concerneixen recursos materials que possibiliten una

millor salut. Entre aquests recursos es troben les condicions d'ocupació i treball, la càrrega de treball de cures, la situació econòmica i les condicions d'habitatge i el seu entorn. A més dels recursos materials, altres determinants intermedis són els factors psicosocials i els factors conductuals i biològics, al seu torn influïts pels recursos materials. Els primers descriuen les possibilitats de suport social o les circumstàncies vitals negatives, els segons es refereixen als hàbits que poden ser nocius per a la salut. Així, els determinants estructurals al voltant de la noció patriarcal de la societat, abans esmentats, configuren les possibilitats de les dones en, per exemple, l'entorn laboral i per tant dels seus recursos per millorar la seva salut, l'adquisició d'hàbits saludables i el afrontament a situacions negatives. Un últim determinant intermedi, amb menors connexions amb la resta, és el sistema sanitari, que si bé no té una influència tant directa en les desigualtats en salut, si pot provocar desigualtats d'accés produïdes pels eixos de desigualtat. En el cas de les dones, això ve determinat per certs biaixos tant en l'atenció com en la recerca en ciències de la salut.

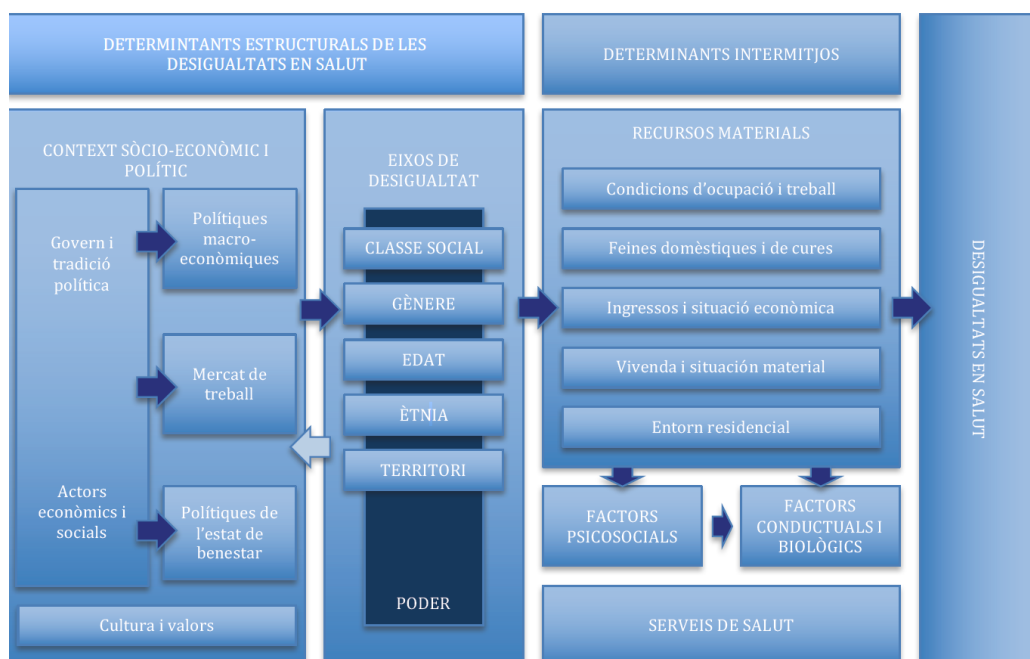


Figura 1. Marc conceptual dels determinants de les desigualtats socials en salut. Adaptat de la Comissió per Reduir les Desigualtats en Salut a Espanya, 2010.

D'aquesta manera, les relacions de gènere es materialitzen en estructures socials jerarquitzades en interacció amb les desigualtats econòmiques, racials o ètniques. Només prestant atenció a les primeres, ja trobem que les dones posseeixen menys terres, riquesa i propietats en gairebé totes les societats, atès que aquestes es solen emprar i segregar en treballs mal pagats, insegurs i informals. L'actual estructura patriarcal determina la discriminació a les dones i aquesta amb una pitjor salut, tant en termes d'accés a el sistema sanitari com en resultats de salut.

Tot i les evidències existents al respecte i de les recomanacions de l'Organització Mundial de Salut, la literatura continua insistint en que tant les polítiques de salut com les investigacions a nivell nacional i internacional, es caracteritzen per ser "cegues" al gènere ("gender blind"). Per exemple, a Espanya fins a l'any 1995 no es va començar a desagregar les dades per sexe, moment a partir del qual, es permeten considerar marcs teòrics complexos que expliquin les diferències de salut entre homes i dones anant més enllà de les diferències sexuals i aquelles relacionades amb el gènere incorporant qüestions relacionades amb l'entorn familiar, el treball reproductiu i el lloc de treball per tal de detectar diferències i desigualtats (per exemple en el treball domèstic, la discriminació o la violència de gènere) .

5. El decàleg *La igualtat és saludable*

L'Observatori d'Igualtat de Gènere té com a objectius promoure i fomentar les polítiques públiques que possibilitin la igualtat de gènere. El decàleg *La igualtat és saludable* ha de ser una eina que doni resposta a l'actuació *15 d'elaboració de decàlegs específics que trenquin la imatge estereotipada de les dones en diferents àmbits*, actuació inclosa en el pla estratègic de l'Observatori de la Igualtat de Gènere i que correspon desenvolupar al grup de treball d'anàlisi de la imatge pública de les dones (GT2ESTEREOTIPS).

És en el marc del Grup de Treball, format per persones d'una àmplia i diversa representació d'organismes d'àmbits d'actuació i d'experteses diferents, que es va veure necessari elaborar un decàleg per a fer visibles les desigualtats de gènere també existents en l'àmbit de la salut, i específicament amb l'objectiu d'informar i sensibilitzar a la ciutadania sobre les desigualtats de gènere en la salut.

Si bé la legislació al respecte tant a nivell internacional, estatal com autonòmic és ben clara a l'hora d'establir les obligacions que tenen les administracions públiques en matèria de salut, a l'hora d'incorporar la perspectiva de gènere en totes i cada una de les fases de les polítiques públiques impulsades en aquesta matèria, segueixen persistint en la nostra societat estereotips de gènere que afecten de forma diferent en la salut de les dones i dels homes. Aquests estereotips es reflecteixen en els hàbits i estils de vida i en l'ús diferenciat que fan homes i dones dels serveis de salut. El gènere a més a més constitueix un eix de desigualtat que determina els recursos materials derivats de les condicions del mercat laboral, de la conciliació de la vida familiar, personal i laboral, de la situació econòmica, etc... Aquestes desigualtats materials i d'altres factors com les violències masclistes, impacten de forma diferent en la salut dones i homes.

Per tant, les polítiques públiques de salut és important que introdueixin la perspectiva de gènere amb l'objectiu de tenir en compte les diferències socials i biològiques a fi de poder entendre la interacció entre sexe i gènere en el desenvolupament i tractament de la salut i la malaltia. I per això és important tenir en consideració l'existència de diferents determinants socials de la salut, i especialment l'impacte que pot tenir-hi el gènere.

Per altra banda i de forma simultània, les polítiques públiques també han d'estar encaminades a sensibilitzar la ciutadania, a través d'accions pedagògiques i comunicatives per transformar l'imaginari social que està arrelat en el més profund de

la nostra societat patriarcal i poder així contribuir a eradicar els estereotips de gènere que són a la base de les desigualtats de gènere .

És amb aquest objectiu que s'elabora el present decàleg *La igualtat és saludable*.

5.1. Públic al que va destinat

En el marc del Grup de Treball es va estar deliberant sobre quin havia de ser el públic al qual s'havia de destinar el present decàleg. Inicialment es va considerar destinar-lo el personal sanitari, però atès el perfil multidisciplinari de les seves components, es va decidir adreçar el decàleg a la població en general més que no pas als professionals de la salut o a altres col·lectius més específics. També es va considerar que dirigint el decàleg al públic en general es podria fer incidència en la sensibilització d'un públic més ampli.

6. Bibliografia

- Artazcoz, L., Chilet, E., Escartín, P., & Fernández, A. (2018). Incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria. Informe SESPAS 2018. Gaceta Sanitaria. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.006>
- Borrell, C., & Artazcoz, L. (2008). Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. Gaceta Sanitaria, 22(5), 465-473.
- Borrell, C & Artazcoz, L. (2007). 5a monografía. Sociedad Española de Epidemiología. Investigación de género y salud.
<https://www.seepidemiologia.es/documents/dummy/5aMonSEEGenSalud.pdf>
- Borrell, C., & Malmusi, D. (2010). La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010. Gaceta Sanitaria, 24, 101–108.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.05.005>
- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2012). Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Gac Sanit., 26, 182-189.
- Enquesta de salut de Catalunya. L'estat de salut, els comportaments relacionats amb la salut i l'ús de serveis sanitaris a Catalunya. Resum executiu dels principals resultats de l'ESCA del 2018.
<https://salutweb.gencat.cat/web/.content/ departament/estadistiques-sanitaries/enquestes/Enquesta-de-salut-de-Catalunya/Resultats-de-lenquesta-de-salut-de-Catalunya/documents/2018-resultats/resum-executiu-esca-2018.pdf>
- Enquesta de Violència Masclista a Catalunya 2016. Departament d'Interior
- Informe de salut de Catalunya 2019. Departament de Salut.
<https://salutweb.gencat.cat/web/.content/ departament/estadistiques-sanitaries/dades-de-salut-serveis-sanitaris/Informe-de-salut-de-Catalunya/Informe-de-Salut-2019.pdf>
- López Carrillo, M. Medicalización del a vida y la salud de las mujeres. Revista MyS (Mujeres y Salud)
http://www.caps.cat/images/stories/Medicalizacion_de_la_vida_y_la_salud_Xarxa_de_salut_Margarita_Lopez_Carrillo.pdf
- Sen, A. (2002). Why health equity?. Health Econ., 11, 659-666.

Solar, O., & Irwin, A. (2007). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO. Commission on Social Determinants of Health.

Valls-Llobet, C. Desigualdades de género en la salud pública.

<http://www.caps.cat/images/stories/7valls.pdf>

Valls-Llobet, C. Manifestación y medicalización del malestar de las mujeres. CAPs- Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris. Barcelona

https://www.mscbs.gob.es/gi/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/eqidad/05modulo_04.pdf

Velasco, S. (2009). Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. Madrid. Observatorio de Salud de la Mujer.

<https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/eqidad/recomendVelasco2009.pdf>

World Health Organization. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.

Zapater, F. (2018). Excessos i proteccionisme del sistema sanitari cap a les dones. El diari de la sanitat <https://diarisanitat.cat/excessos-proteccionisme-sistema-sanitari-cap-dones/>

7. Annexos

7.1. Decàleg *La igualtat és saludable*

La igualtat és saludable

1. CUIDAR ÉS UNA FEINA DE TOTHOM, NO NOMÉS DE LES DONES

Una societat igualitària és una societat corresponsable. Tothom ha de compartir el treball de la llar, de la cura d'infants i de persones en situació de dependència.

El rol de cuidadores ha estat assignat tradicionalment a les dones, una feina que pot arribar a tenir una càrrega personal, física i emocional molt forta si la persona que se n'encarrega ho fa sola. La incorporació de les dones al mercat laboral fa que, a més a més, aquesta responsabilitat es tradueixi en una doble o, fins i tot, una triple jornada (no remunerada). Cal tenir en compte que l'estrès continuat i l'esgotament físic pot desencadenar insomni, depressió o ansietat, entre altres problemes de salut.

Assumir, compartir i repartir de forma equitativa les responsabilitats de la vida quotidiana, de la llar i de la família pot fer-les més fàcils, gratificants i saludables.

2. SI CUIDES, CUIDA'T

La persona que cuida sovint posa per davant les necessitats i desitjos de qui està al seu càrrec i posa les seves en segon pla. Com a conseqüència aquesta persona pot oblidar-se de tenir cura de la pròpia salut amb el risc de caure malalta. La persona que cuida ha de poder desconnectar i saber com fer els treballs de cures correctament per tal d'evitar possibles lesions.

Si et sents sobrepassada, hi ha recursos al teu abast i tens dret a demanar ajuda. Pots consultar als serveis socials o associacions del teu municipi que t'informaran sobre els recursos existents en relació amb l'àmbit de les cures. No et sentis malament per demanar ajuda, és el teu dret.



3. ACTIVA LA TEVA SALUT!

Incorporar hàbits saludables a la teva vida és una manera de cuidar-te i fer salut. Fes-ho sense exigències ni angoixes, troba la teva manera. Tenir una alimentació equilibrada, fer activitats físiques i gaudir d'un descans de qualitat et poden ajudar a sentir-te millor.

Gestionar la salut de la família és una feina que socialment s'ha assignat a les dones, però cal que totes les persones siguem actives amb la nostra cura. Sempre que parlis amb professionals de la salut, expressa la teva opinió i explica amb les teves paraules què et passa. Assumeix també el control de la teva salut, fes-te càrrec de la programació de les teves visites als i les professionals de salut i del seguiment dels tractaments prescrits.

4. LA DEPRESSIÓ POT AFECTAR A TOTHOM, ELS HOMES TAMBÉ

La idea que els homes han de ser forts i no mostrar febleses fa que demanin ajuda amb menys freqüència a professionals de la salut davant situacions d'ansietat, frustració o depressió.

La salut mental és tan important com la física i cal trencar amb els estereotips que l'estigmatitzen. Patir ansietat o depressió no és una mostra de debilitat, ni cal avergonyir-se per demanar ajuda, és una malaltia que cal tractar i que pot afectar tant dones com homes.

5.

COSSOS DIVERSOS, COSSOS SALUDABLES

La pressió per assolir els cànons de bellesa irreals que la societat marca a les dones –i en menor grau, també als homes– pot disminuir l'autoestima i causar un gran malestar psicològic, frustració i, fins i tot esdevenir en trastorns alimentaris greus, com ara l'anorèxia, la bulímia, el trastorn per afartament o la vigorèxia.

Fer exercici i tenir una bona alimentació són hàbits saludables i recomanables. En qualsevol cas sentir-se bé amb tu mateixa no ha de dependre d'estereotips imposats. La bellesa és diversa.

No posis la teva vida en risc per una qüestió d'estètica per buscar un “m'agrades”.

Que et rellisqui què diran!!

6.

FER ESPORT, UN TEMPS PER CUIDAR-SE

L'esport i l'activitat física et permeten gaudir d'un moment per a tu, o per socialitzar a la vegada que et cuides.

Malgrat que hi hagi moviment, el treball domèstic i de cura no equival a fer una activitat física. El treball de cures implica un desgast físic i psicològic molt important. Aquesta feina, si recau únicament sobre una persona causa efectes perjudicials per a la salut i provoca que no es pugui gaudir igualitàriament dels beneficis que comporta la pràctica de l'esport.

Encara avui en dia la presència de les dones en l'esport i en la pràctica de l'activitat física és minoritària. Una de les barreres més importants per a les dones és la manca de temps, especialment en els casos en què fan una doble o triple jornada laboral. La pràctica de l'esport, hauria d'estar a l'abast de tothom al llarg de totes les etapes de la vida i no hauria de ser un privilegi.

Compartim les tasques domèstiques, compartim l'esport!





Observatori de la
Igualtat de Gènere

7. CONDUCTES DE RISC? NO, GRÀCIES

Les conductes de risc com ara el consum de tabac, alcohol i/o altres drogues, així com a conducció temerària poden causar dany a la nostra salut. Tant homes com dones les duen a terme, encara que sovint tenen uns patrons i motivacions diferents pels rols de gènere que han après. La penalització social és diferent per uns i altres, però tant homes com dones s'hi poden veure atrapats per diferents raons. Procurem prendre consciència del mal que ens fan i demanar ajudar si ens és molt difícil abandonar aquest hàbits.

La construcció social d'un ideal d'home valent, fort i competitiu fomenta les conductes de risc que poden ser perjudicials per a la salut.

Aquestes conductes estan relacionades amb la masculinitat normativa que minimitza els riscos associats a conductes com la conducció temerària, l'incompliment de la normativa de seguretat laboral, l'abús de substàncies addictives o les pràctiques sexuals de risc.

Cal trencar amb aquests models de conducta i deixar de banda els hàbits nocius que poden perjudicar la salut.

8. APOSTA PER UNA SEXUALITAT DESITJADA I RESPONSABLE

Una sexualitat saludable és una sexualitat desitjada. Només tu pots decidir consentir o no fer-ho, revertir el consentiment i renovar-lo. Ningú més que tu té dret a decidir sobre la teva salut sexual i reproductiva, ni a qüestionar la teva identitat de gènere o orientació sexual.

En una relació sexual, només un sí, és sí, i això es innegociable. Cal fomentar una sexualitat desitjada, comunicativa i respectuosa.

Evita exposar-te a possibles malalties de transmissió sexual i/o embarassos no desitjats, utilitza mètodes de protecció i contraceptius. Si tens qualsevol dubte i abans de posar-te en risc, a tu o als altres, pots informar-te o demanar consell als i les professionals de la salut. L'atenció i assessorament és confidencial. Els prejudicis, la vergonya i els tabús no són bons consellers.



Generalitat de Catalunya
Institut Català
de les Dones



Observatori de la
Igualtat de Gènere

9.

EL PATRIARCAT PERJUDICA SERIOSAMENT LA SALUT

La societat patriarcal i la relació de poder dels homes envers les dones, fa que qualsevol dona hagi de fer front a situacions de desigualtat social i violències masclistes pel sol fet de ser-ho. Històricament, el patriarcat ha oprimint les dones tant de forma individual com col·lectiva, apropiant-se de la seva força productiva, ja sigui a través de mitjans subtils o amb l'ús de la violència.

Aquesta divisió a dia d'avui comporta que encara existeixin desigualtats de gènere que provoquen discriminació en tots els àmbits de la vida de les dones, especialment en l'àmbit laboral, en sectors feminitzats precaritzats.

Aquestes discriminacions de gènere tenen un impacte directe sobre la salut de les dones. Hi ha patrons que es reproduïxen, el repte és detectar-los i qüestionar-los.

Acabar amb el patriarcat i amb totes les seves manifestacions està en mans de tothom!

10.

DAVANT LES VIOLÈNCIES MASCLISTES NO ESTÀS SOLA

Les violències masclistes són la manifestació més extrema del patriarcat i es donen de forma transversal en totes les dones només pel fet de ser dones. Les formes en que es pot manifestar aquesta violència són múltiples; pot ser física, psicològica, sexual i/o econòmica i els seus efectes sobre la salut de les dones i dels fills i filles són inqüestionables.

Les violències masclistes són estructurals, afecten tota la societat i es poden donar en qualsevol àmbit: familiar, de parella o exparella, laboral i sociocomunitari. No distingeixen entre classes socials, origen, edat, ètnia o situació econòmica. La coexistència de diferents situacions de discriminació poden augmentar-ne el risc o la intensitat.

Si vius o detectes una situació de violència masclista tens mecanismes i serveis d'atenció al teu abast, així com la línia d'atenció gratuïta i confidencial contra la violència masclista al telèfon 900 900 120.

No estàs sola!



Generalitat de Catalunya
Institut Català
de les Dones