

Guia per a una formació bàsica en salut sexual i reproductiva

Drets sexuals i cures: reflexions feministes per a intervencions comunitàries

ESSIR

Estratègia de Salut Sexual i Reproductiva de Barcelona

Ajuntament de
Barcelona





En qualsevol explotació de l'obra autoritzada per la llicència es farà constar l'autoria.

Edició:

Ajuntament de Barcelona
Àrea de Drets Socials, Justícia Global,
Feminismes i LGTBI

Desembre 2020

barcelona.cat/salut

Índex

Introducció	7
1. Bloc 1: La promoció de la salut sexual i reproductiva de les persones des d'una perspectiva de drets	11
1.1. Definint la salut sexual i les sexualitats. D'on partim?	13
1.1.1. La promoció de la salut sexual des de l'enfocament integral	14
1.1.2. Una mirada holística sobre la salut sexual que tingui en compte les dimensions múltiples i interdependents que la componen	16
1.1.3. La convicció que les construccions socials hegemòniques al voltant de la Sexualitat limiten els drets i, com a tals, poden canviar-se per facilitar-ne l'exercici	18
1.2. Què significa promocionar la salut sexual i reproductiva de les persones des d'una perspectiva de drets?	28
1.2.1. Els drets sexuals són drets humans: universals, inalienables, interdependents i indivisibles	30
1.2.2. Els drets sexuals des d'una visió integral	32
1.2.3. La promoció dels drets sexuals: aportacions feministes des d'un enfocament interseccional	33
1.2.3.1. Els efectes de les desigualtats estructurals sobre la salut sexual de les persones	33
1.2.3.2. Els efectes de les violències masclistes sobre la salut sexual	36
1.2.3.3. Els efectes del model hegemònic de la Sexualitat sobre la salut sexual	47
1.2.3.4. Les possibilitats reals de canvi: cap a un nou model d'autonomia i empoderament	49
1.3. Com s'hi pot intervenir des de l'àmbit comunitari?	52
1.3.1. La reflexivitat de les agents comunitàries com a eina bàsica d'intervenció	52
1.3.2. La intervenció comunitària des d'un enfocament de drets situat	53
1.3.3. La intervenció comunitària com a eina per a la construcció del dret a l'autonomia	54

2. Bloc 2: Experiències situades	59
2.1. La deconstrucció de la Masculinitat hegemònica com a promoció de la salut	61
2.1.1. El risc com a mandat: estereotips i rols de gènere masculinitzats en l'àmbit de la Sexualitat hegemònica	63
2.1.2. Estratègies per qüestionar el model hegemònic de masculinitat i promocionar la revisió i el canvi de la identitat masculina	64
2.1.3. Elements per a la prevenció d'agressions sexistes a l'hora de treballar amb població masculina	65
2.2 Les cures des de la perspectiva feminista en la gestió de les sexualitatS	67
2.2.1 Les cures en la vivència de les sexualitatS com a peça clau de la promoció de la salut sexual	67
2.2.2 Estratègies per a la promoció de cures en salut sexual des d'una perspectiva interseccional que permeti tenir en compte tots els plaers, tots els cossos i totes les pràctiques sexuals i les seves necessitats	70
2.2.3 La prevenció del VIH i altres ITS des de l'abordatge integral comunitari	74
2.3 Promoció de la salut sexual i reproductiva des d'una perspectiva interseccional i situada	89
2.3.1 El paper de la gestió reproductiva en el projecte vital	91
2.3.2 Opcions reproductives	94
2.3.3 La interrupció voluntària de l'embaràs	101
3. Bloc 3: Recursos metodològics per a la promoció de la salut sexual des d'un enfocament interseccional i situat	105
3.1 Claus i eines per a la intervenció comunitària	107
3.1.1. Abans de començar	109
3.1.2. Detecció i diagnòstic de necessitats	115
3.1.3. Disseny de la intervenció	124
3.1.4. Desplegament de la intervenció	126
3.1.5. Avaluació	127

3.2 Com es poden atendre les necessitats específiques de les persones en la promoció de la salut sexual?	133
3.3 Algunes especificitats que cal tenir presents en la intervenció comunitària	137
3.3.1 Diversitat cultural	138
3.3.2 Diversitat generacional: infants, adolescents-joves i persones grans	148
3.3.3 Diversitat funcional	170
Recursos pedagògics	179
Bibliografia referenciada	195
Crèdits	204

Guia per a una formació bàsica en salut sexual i reproductiva

Drets sexuals i cures:
reflexions feministes
per a intervencions
comunitàries

Introducció

Aquesta guia pretén generar reflexions, aportar coneixements i donar eines des de l'àmbit comunitari per impulsar un model de promoció de la salut sexual des d'un enfocament de drets i centrat en el benestar de les persones. La seva intenció és facilitar a les agents comunitàries¹ de salut (persones que participen en la vida de les comunitats i hi duen a terme accions, activitats i projectes de promoció de la salut) l'abordatge de qüestions i situacions, dins del seu context d'actuació, en les quals la salut sexual té una importància cabdal.

Aquest enfocament situa totes i cadascuna de les persones com a subjectes de drets i de drets sexuals i, per tant, de drets humans, i constitueix la base ètica que protegeix la dignitat de les persones. Així, la salut sexual, l'exercici dels drets sexuals i el benestar subjectiu en relació amb les sexualitatS són tres elements que conflueixen, de manera que, si un es veu afectat, els altres també s'alteraran.

Els drets sexuals estan travessats per les desigualtats socials i estructurals, fet que comporta que els processos de salut no es desenvolupin mai independentment dels contextos socials, els quals poden dificultar-los o afavorir-los. Per aquest motiu, és indispensable analitzar els contextos socials i promoure canvis per transformar l'estructura i les dinàmiques socials que generen aquestes desigualtats, limiten l'exercici dels drets i obstaculitzen el benestar de les persones en relació amb les seves sexualitatS.

Per facilitar aquesta anàlisi, farem servir el terme *sexualitatS* amb majúscula final per posar en relleu la multitud de maneres que les persones tenim d'habitar i de significar la nostra sexualitat. Per contra, emprarem el terme *Sexualitat* amb majúscula inicial per referir-nos al model dominant de sexualitat imposat pel sistema social (mitjançant, per exemple, normes, creences, mites, rols i estereotips).² Aquest model hegemònic de Sexualitat, com analitzarem en el primer dels blocs de continguts, es caracteritza per ser un

1. Farem servir el femení genèric com a reclam de la necessitat de canviar l'ús sexista del llenguatge.

2. Informació ampliada en el punt 1.1.2 d'aquesta guia.

model biologicista,³ coitocèntric,⁴ cis-heteronormatiu,⁵ sexista,⁶ adultocèntric,⁷ capacitista,⁸ occidental⁹ i patològitzador.¹⁰ En generar desigualtats, discriminacions i exclusió, aquest model limita i dificulta l'exercici dels drets sexuals i condiona la salut sexual de les persones.

L'anàlisi proposada, més enllà d'aportar conceptes teòrics i claus tècniques, pretén generar processos de reflexivitat entre les agents comunitàries, és a dir, problematitzar qüestions d'índole pràctica i quotidiana en relació amb la Sexualitat incorporades com a part del sentit comú. Considerem indispensable plantejar preguntes, generar reflexions, sacsejar idees, revisar les nostres pràctiques i, en definitiva, potenciar canvis en la mirada de les agents per impulsar un model de promoció de la salut sexual políticament transformador, que situï la diversitat de les persones com una qüestió central i el plaer, el benestar, l'autonomia, les cures i l'empoderament comunitari com a parts consubstancials de la salut sexual.

-
3. Que redueix les sexualitats a una qüestió natural i científica, i obvia el pes dels aspectes socials.
 4. Que estableix el coit com a pràctica suprema en les relacions sexuals.
 5. Que estableix l'heterosexualitat i les identitats de gènere cissexuals (no trans*) com la norma social.
 6. Que naturalitza el desig dels homes i penalitza el de les dones, que privilegia el plaer masculí i cosifica els cossos de les dones.
 7. Que posa el focus en les edats centrals de la reproducció.
 8. Que no considera els cossos amb mobilitats diferents de l'estàndard (per exemple, les persones que es desplacen en cadira de rodes) o les desvalora.
 9. Que pren els valors de la cultura occidental com a universals.
 10. Que estableix que la identitat de gènere és una condició mèdica.

L'estructura de la guia consta de tres blocs on s'aborden els continguts de manera interrelacionada, des d'allò més global i conceptual fins als aspectes més metodològics i concrets de la intervenció comunitària. A continuació presentem un resum dels continguts dels blocs que formen la guia:

Bloc 1.

La promoció de la salut sexual i reproductiva de les persones des d'una perspectiva de drets

En aquest bloc s'ofereix el marc conceptual i de reflexivitat al voltant de les sexualitatS, els drets sexuals i la salut sexual, i s'expliquen els enfocaments principals que componen el marc teòric del model de promoció de la salut sexual proposat en aquesta guia: l'enfocament integral de la salut, el constructivisme social, la perspectiva dels drets sexuals i la perspectiva feminista interseccional.

Bloc 2.

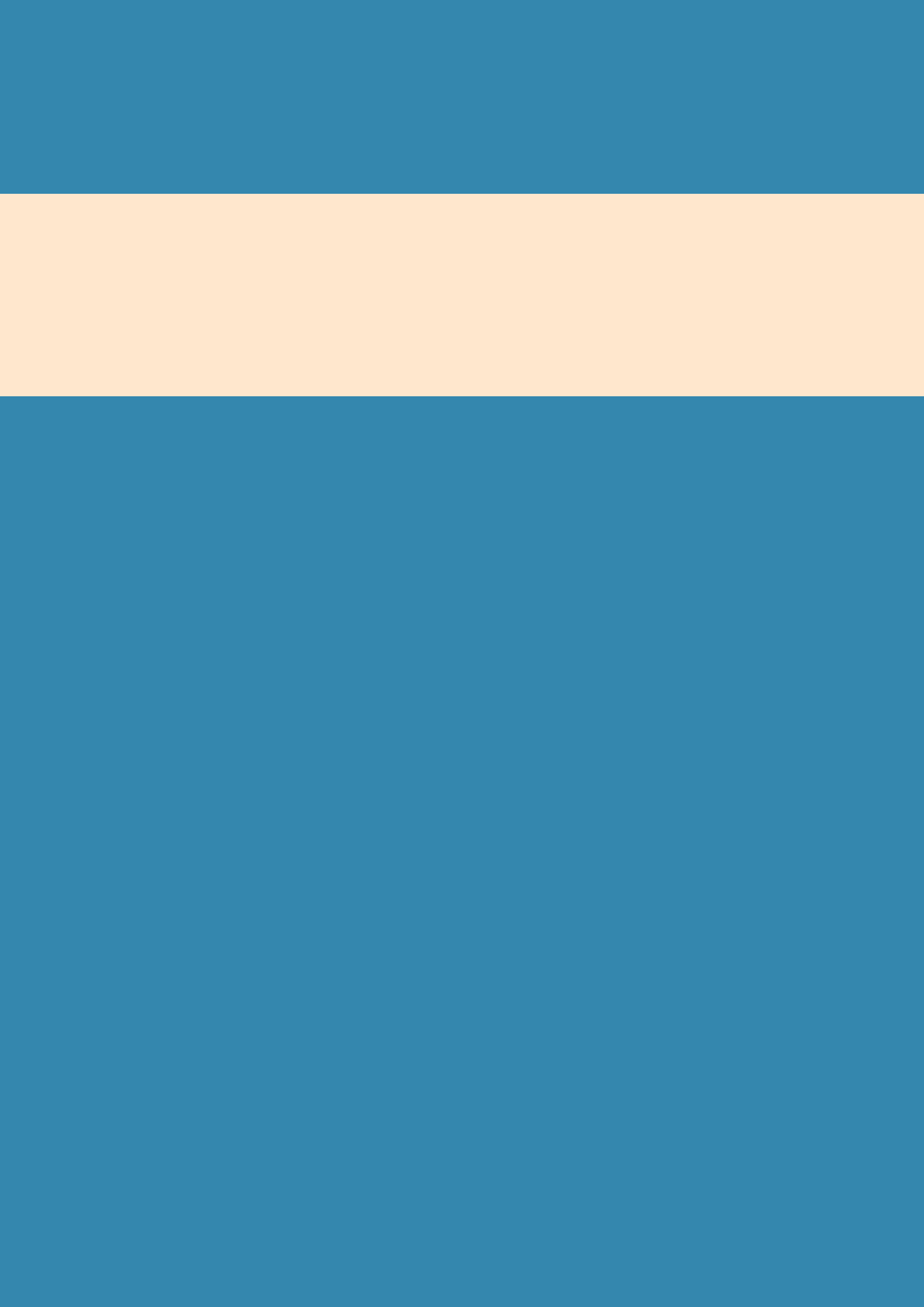
Experiències situades

La finalitat d'aquest apartat és facilitar la integració del marc teòric i de reflexivitat que s'ha proposat en les estratègies de promoció de la salut sexual. A aquest efecte, partim d'una reflexió que interrelaciona les cures, el cor de les intervencions comunitàries, amb la salut i les sexualitatS, per arribar a l'abordatge de tres temàtiques fonamentals: la prevenció del VIH i altres ITS (infeccions de transmissió sexual), la gestió reproductiva i la desconstrucció de la Masculinitat hegemònica.

Bloc 3.

Recursos metodològics per a la promoció de la salut sexual des d'un enfocament interseccional i situat

En aquest darrer bloc ens apropem a les fases del cicle de la intervenció comunitària i proporcionem reflexions i claus metodològiques per a la promoció de la salut sexual des d'una perspectiva feminista interseccional i situada. La intenció d'aquest bloc és fer operatius els enfocaments i els continguts de la guia: traslladar-los a la realitat comunitària de les agents i apropar, d'una manera pràctica, els drets sexuals a la ciutadania.





Bloc 1.

La promoció de la salut sexual i reproductiva de les persones des d'una perspectiva de drets

1.1. Definint la salut sexual i les sexualitats. D'on partim?

- 1.1.1. La promoció de la salut sexual des de l'enfocament integral
- 1.1.2. Una mirada holística sobre la salut sexual que tingui en compte les dimensions múltiples i interdependents que la componen
- 1.1.3. La convicció que les construccions socials hegemòniques al voltant de la Sexualitat limiten els drets i, com a tals, poden canviar-se per facilitar-ne l'exercici

1.2. Què significa promocionar la salut sexual i reproductiva de les persones des d'una perspectiva de drets?

- 1.2.1. Els drets sexuals són drets humans: universals, inalienables, interdependents i indivisibles
- 1.2.2. Els drets sexuals des d'una visió integral
- 1.2.3. La promoció dels drets sexuals: aportacions feministes des d'un enfocament interseccional
 - 1.2.3.1. Els efectes de les desigualtats estructurals sobre la salut sexual de les persones
 - 1.2.3.2. Els efectes de les violències masclistes sobre la salut sexual
 - 1.2.3.3. Els efectes del model hegemònic de la Sexualitat sobre la salut sexual
 - 1.2.3.4. Les possibilitats reals de canvi: cap a un nou model d'autonomia i empoderament

1.3. Com s'hi pot intervenir des de l'àmbit comunitari?

- 1.3.1. La reflexivitat de les agents comunitàries com a eina bàsica d'intervenció
- 1.3.2. La intervenció comunitària des d'un enfocament de drets situat
- 1.3.3. La intervenció comunitària com a eina per a la construcció del dret a l'autonomia

1.1. Definint la salut sexual i les sexualitats. D'on partim?

Per definir *salut sexual*, pot ser útil fer un pas enrere i comprendre el concepte de *salut integral*. Aquest concepte es basa en una visió holística i ens permet transcendir un enfocament més limitat, on la salut s'associa a l'absència de malaltia, per vincular-la al benestar, a la qualitat de vida i a un procés en moviment al llarg del cycle vital.

Sota aquesta concepció, els aspectes següents són rellevants per a la salut: gaudir de les coses que fem i que sentim, viure com més autònomament millor, avançar en les relacions igualitàries i en la diversitat en les formes de vida, construir relacions que incloguin compromís i suport mutu, afavorir que les cures ocupin un lloc central i possibilitar que a les nostres vides hi hagi espai per viure totes les nostres experiències.

Aquesta conceptualització de la salut permet (i per això ens agrada) que les sexualitats s'integrin en les nostres vides i formin part dels nostres desitjos, del nostre benestar i del nostre plaer. D'aquesta manera, podríem entendre la salut sexual com un estat de benestar (subjectiu) físic, emocional, mental i social en relació amb la sexualitat, i d'autonomia per expressar i manifestar formes diferents de viure les sexualitats.¹¹

Finalment, és important destacar que, pel que fa a l'enfocament integral, la salut és un procés complex, determinat per la interrelació de diversos factors biològics, psicològics, mediambientals, socials i polítics (i també de drets), en què el gènere, la classe social, la raça,¹² la procedència, les capacitats i altres elements tenen un paper determinant. D'aquesta manera, l'enfocament integral permet explorar la complexitat dels processos de salut, tenint en compte com els condicionants socials i polítics influeixen en les experiències de salut de les persones.

11. Adaptació de la definició de *salut sexual* de l'Organització Mundial de la Salut (OMS): "Estat de benestar físic, emocional, mental i social en relació amb la sexualitat; no és només l'absència de malaltia, disfunció o incapacitat. La salut sexual requereix una aproximació positiva i respectuosa a la sexualitat i a les relacions sexuals, així com la possibilitat de tenir experiències sexuals plaents i segures, lliures de coerció, discriminació i violència. Perquè la salut sexual s'assoleixi i es mantingui han de ser respectats, protegits i satisfets els drets sexuals de totes les persones" (OMS, 2006 i 2010).

12. Fem servir "raça" com a categoria analítica. Tot i que la raça tècnicament no existeix, és important anomenar-la per combatre la ideologia del racisme.

1.1.1. La promoció de la salut sexual des de l'enfocament integral

La salut sexual es pot considerar un recurs per a la vida quotidiana. És un concepte positiu que posa l'èmfasi en els recursos socials i personals. Per assolir el benestar físic, mental i social, en relació amb les nostres sexualitats, les persones hauríem de poder identificar i complir les nostres aspiracions i desitjos. En aquest sentit, la promoció de la salut sexual és el procés que ens permet incrementar les nostres capacitats de decisió sobre la salut sexual i millorar-la. Constitueix un procés polític i social global que abasta no només les accions dirigides directament a enfortir les habilitats i capacitats de les persones, sinó també les dirigides a modificar les condicions socials, ambientals i econòmiques, amb la finalitat de mitigar el seu impacte en la salut pública i individual (OMS, 2010).

La promoció de la salut treballa en l'establiment de prioritats, la presa de decisions, la planificació i la implantació d'estratègies per aconseguir una millor salut sexual de les persones. En el cor d'aquest procés hi ha l'empoderament individual i col·lectiu de les persones que formen les comunitats. La promoció de la salut sexual, per tant, no és només responsabilitat de les polítiques públiques, sinó que implica tota la comunitat i la convida a dur a terme processos col·lectius d'apropiació dels seus drets sexuals.

Com a procés polític i social, la promoció de la salut sexual es basa implícitament en diversos valors ètics (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2012, p. 5):

- És una definició de la salut holística.
- Fomenta l'equitat i la justícia social.
- Abasta tota la gamma de determinants de la salut.
- Reconeix la influència dels entorns sobre la salut.
- Faculta les persones i enforteix la capacitat individual i col·lectiva.
- Té per objecte millorar la participació social de les persones.
- Implica la col·laboració intersectorial.

A més, hi afegim aquests altres, relacionats específicament amb la salut sexual:

- Empodera les persones i enforteix la capacitat individual i col·lectiva de tenir cura de la salut sexual.
- S'encamina a incrementar el benestar de les persones en relació amb les sexualitats.
- Situa la diversitat al centre i la visualitza com a valor positiu per a tota la ciutadania.

La promoció de la salut sexual des de l'enfocament integral aporta els elements següents:¹³

- Situa totes i cadascuna de les persones com a subjectes de drets i de drets sexuals.
- Celebra i visibilitza totes les identitats, les situacions i les maneres d'expressar i viure la sexualitat i les relacions afectives.
- Situa les diversitats (diversitat sexual, diversitat generacional, diversitat funcional¹⁴ o diversitat cultural, entre d'altres) com a eix central del marc lògic de la promoció de la salut sexual.
- Promou l'autonomia, l'empoderament i la capacitat de decidir (sigui quina sigui l'elecció) en tot el que està relacionat amb tenir cura de la salut sexual.
- Posa en relleu com els mandats de gènere afecten la manera de viure la nostra sexualitat i les decisions que prenem sobre la salut sexual.
- Fa de l'ètica un element vertebrador per a l'abordatge de la salut sexual des d'una perspectiva de drets.
- Té en compte la persona en constant transformació i en contínua interacció amb el seu entorn.
- Té en compte que els processos de salut no tenen lloc independentment dels contextos socials, que poden fer augmentar les desigualtats en temes de salut.
- Aborda les desigualtats estructurals, com ara el sexisme, el racisme, el classisme, el capacitisme o el binarisme heteronormatiu, entre d'altres, que dificulten l'exercici dels drets sexuals.

13. Aquests elements es basen en el model proposat pel Comitè 1r de Desembre (2017) en el material *Follar és un acte polític*.

14. Parlem de *diversitat funcional* en comptes dels termes *discapacitat* o *minusvàlidesa* per treure'n la càrrega negativa i trencar la lògica jeràrquica entre les persones.

1.1.2. Una mirada holística sobre la salut sexual que tingui en compte les dimensions múltiples i interdependents que la componen

La mirada holística sobre les sexualitatS forma part dels valors ètics, assenyalats anteriorment, que cal tenir presents en la promoció de la salut sexual. Però, què entenem per *sexualitatS*?

[...] “Quan parlem de *sexualitat*, totes i tots sabem a què ens referim però ens costa definir-la. Inevitablement, comencem a pensar en relacions sexuals, genitalitat, sexe, i per tant acostumem a deixar de banda les emocions, els desitjos. I és que en el nostre imaginari, encara avui, el concepte de sexualitat està molt lligat a determinats paràmetres”. (Sanchis, 2007)

Per això és fonamental, en primera instància, diferenciar entre sexe i *sexualitatS*: “Si bé la paraula sexe sovint se sol emprar per referir-se a l’activitat sexual, sexe únicament fa referència a aquelles característiques biològiques que defineixen i classifiquen les persones com a dona o home” (Elvira i Varela, 2015, p.13).

Cal fer aquesta distinció per entendre que les sexualitatS des d’una mirada holística engloben un ampli ventall de conceptes:

[...] “el sexe, la identitat de gènere i els rols, l’orientació sexual, l’erotisme, el plaer, la intimitat i la reproducció. Les sexualitatS constitueixen un aspecte central de la vida de les persones, es viuen i s’expressen en forma de pensaments, fantasies, sensacions, emocions, desitjos, creences, actituds, valors, conductes, pràctiques, rols i relacions”. (OMS, 2006; traduït de l’anglès)¹⁵

Rosa Sanchis i Enric Senabre (2005) destaquen algunes idees clau sobre les sexualitatS que ajuden a contemplar-les d’una manera holística:

- **Afecten tot el cos i tots els cossos** i, fins i tot, per a moltes persones, va més enllà del cos, ja que implica la cadira de rodes, la pròtesi, la joguina, etcètera. Hem de tenir presents altres mobilitats i maneres de sentir el cos.
- **Són una realitat en totes les edats de la vida.** En cada etapa es viuen i s’expressen d’una manera diferent. Les nenes i els nens i les persones grans també tenen sexualitat i tenen dret a viure i expressar les seves sexualitatS.
- És un espai privilegiat de maduració personal i de recerca de la pròpia identitat, i **és essencial en el nostre desenvolupament com a persones i societats.**

15. Per a més informació sobre l’evolució de les nocions de sexualitat i salut sexual de l’OMS, pots consultar el document *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo* (OMS, 2018 <Disponible a: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>>

- **Les sexualitatS es poden viure d'infinites maneres**, tot depèn dels gustos i les preferències de cada persona. A més, la manera de viure-les també pot ser diferent al llarg de la nostra biografia.
- **Hi ha diverses formes d'experimentar-la**: a soles o en companyia; es pot fer a través de petons, carícies, mirades, a través de la lectura, de la música, a través del propi cos, mitjançant els sentits (tacte, oïda, gust, olfacte i vista) o amb la imaginació (Moreno i Varela, 2009, p. 14).

Davant de l'homogeneïtzació dels cossos i de la vivència de la Sexualitat, ens situem obertes no solament a la diversitat sexual i de gènere, sinó també a la diversitat de cossos, de capacitats i, en definitiva, de desitjos i formes d'expressar-los. Per apostar per una visió en positiu de les sexualitatS que celebri la multiplicitat de maneres de viure-les, ens situem en l'esfera de les sexualitatS.

Per què parlem de sexualitatS en comptes de Sexualitat?

- Per distingir i visibilitzar les infinites possibilitats que les persones tenim de viure les nostres sexualitatS, al marge de la influència del model hegemònic de Sexualitat sobre nosaltres.
- Per destacar que les vivències de cada persona són úniques i subjectives i que les nostres sexualitatS haurien de respondre únicament a les inquietuds i desitjos propis, i no a allò que "hem de ser".
- Perquè les sexualitatS no han d'adoptar cap forma concreta; són tan particulars i individuals com fer un petó, i quan hi ha tanta varietat infinita no hi ha cap norma, tot són "desviacions" diverses!
- Perquè la Sexualitat hegemònica és violenta i desigual i, quan parlem de sexualitatS, apostem per relacions igualitàries on poder expressar-nos lliurement.
- Perquè creiem que, visibilitzant i reconeixent totes les pràctiques i maneres de viure les sexualitatS, podem ampliar horitzons i passar del camp limitat de la norma restrictiva al camp il·limitat de les possibilitats que ens dona l'expressió de poder ser.
- Perquè l'únic que hauria de limitar les nostres sexualitatS és la voluntarietat, els nostres límits personals i els pactes de negociació dels jocs amb altres persones basats en el respecte i en el consens.
- Perquè, mentre que el model hegemònic de Sexualitat col·loca a l'armari, estigmatitza i exclou, la proposta de sexualitatS legitima el dret de totes a gaudir del plaer i convida a l'exercici dels drets sexuals.

Davant la simplificació de les sexualitatS com a processos biològics, és a dir, com a processos naturals i mecànics, mirem d'abordar la complexitat de tot allò vivencial. Recollint la idea de Frago i Sáez (2007), en qualsevol trobada eròtica entre les persones no només es donen cita llavis, genitals, mans sinó que, a més, es barregen sexualitatS amb tot el que això comporta (cossos, creences, normes, preferències, afectes, emocions, etcètera). En definitiva, es troben biografies, subjectivitats, històries, vivències, intimitat... I, en l'àmbit d'allò íntim, no és tan fonamental el que fem, sinó com ho vivim: “qué significados le otorgamos y qué valores, sentimientos, emociones y prácticas ponemos en juego” (Frago i Sáez, 2007, p.133).

Aquesta esfera que concep les sexualitatS com a processos, com a vivències, és l'espai on aquesta guia vol generar reflexions per part de les agents comunitàries. Admetre la diversitat i la pluralitat de les maneres de viure les sexualitatS és posar en qüestió creences i teories categoritzants i universalistes; és discutir “veritats úniques” (fins i tot, les teories més ben considerades dins de la medicina); és incorporar en les activitats de promoció de la salut sexual els significats que les persones donem a les nostres interaccions, als nostres desitjos, als nostres encerts i també a les nostres errades en relació amb les decisions que anem prenent sobre les nostres sexualitatS.

1.1.3. La convicció que les construccions socials hegemòniques al voltant de la Sexualitat limiten els drets i, com a tals, poden canviar-se per facilitar-ne l'exercici

Les sexualitatS canvien al llarg de la història de la humanitat, igual que la història biogràfica de cada individu. Cada societat, cada cultura estableix “amb qui” i “com” mantenim les nostres relacions sexuals, és a dir, construeix uns significats i unes normes en relació amb la Sexualitat. És per aquests motius que diem que la Sexualitat és una construcció social, que canvia depenent de cada moment històric i de cada context cultural. Aquest fet és el que ens dona la possibilitat de transformar-la cap a llocs i espais més respectuosos amb totes les persones.

La Sexualitat, per tant, no és el resultat de processos naturals o biològics de les persones sinó **el resultat de les construccions socials** que hi ha al seu voltant (idees, creences i mites) que van omplint de normes i formes els nostres desitjos. Aquestes construccions socials provenen de l'estructura social i s'hi alineen.

[...] “La sexualitat és un fenomen contemporani complex, socioculturalment i històricament, produït per la interacció de moltes tradicions i pràctiques socials, religioses, morals, econòmiques, familiars, jurídiques i mèdiques”. (Weeks, 1985, p. 6; traduït de l'anglès)

[...] “Estas construcciones sociales están determinadas por relaciones sociales, instituciones sociales y políticas, así como las concepciones del mundo, que definen las identidades básicas de los sujetos. Así, las prácticas sexuales constituyen un producto histórico y social; son un producto altamente específico de nuestras relaciones sociales, mucho más que una consecuencia universal de nuestra biología común”. (Platero, 2004, p. 8)

Que la Sexualitat sigui una construcció social no es contradiu amb la idea que, al mateix temps, sigui una experiència subjectiva: la vivència de la sexualitat en cada persona és única, personal i no hauria de dependre “d’allò que ha de ser”, és a dir, del model de Sexualitat hegemònic. Tot i això, des de la nostra infantesa anem interioritzant, mitjançant els processos de socialització, les “prescripcions” socials en relació amb la Sexualitat: no et masturbis en públic, no mostris el teu cos, no juguis a aquest joc... Quan som nenes i nens, volem saber i preguntem sobre Sexualitat als familiars, que se’n surten com poden, i un dia deixem de preguntar perquè hem après que, de certes coses, no se’n parla. D’aquesta manera es va configurant l’educació sexual en la infància, sobretot de manera informal però fortament influenciada pels contextos socials. El nostre imaginari omplirà els buits dels tabús i incorporarà l’imaginari social de la Sexualitat representada al cinema, a la publicitat, al porno i també a les converses del pati de l’escola, de la sobretaula, dels espais d’oci, etcètera.

Aquests processos de socialització tenen lloc durant tota la nostra vida i així es va produint la (re)transmissió i (re)producció d’un model determinat de Sexualitat: el dominant, l’hegemònic, el desitjable (socialment), el “normal”, el que marca la norma. Precisament per referir-nos al model hegemònic escrivim *Sexualitat* amb majúscula. La Sexualitat hegemònica és la que ens diu com ens hem de comportar o no, i com hem de sentir i pensar les nostres sexualitatS, per exemple, pel fet de ser dones o homes, de tenir una edat determinada, unes capacitats funcionals diferents de les estàndards, etcètera. També ens diu quins cossos són vàlids i quins no; ens presenta unes pràctiques com a normals i d’altres com a desviades; ens designa com hem de construir els nostres vincles afectius i determina l’expressió de les nostres emocions i desitjos, i ens diu com ens hem de cuidar, per exemple, davant de la possibilitat d’infectar-nos per una ITS.

A continuació presentem un quadre amb algunes de les característiques i implicacions del model hegemònic de Sexualitat.

Alguns elements que caracteritzen el model hegemònic de Sexualitat:

- És **biologicista** en la mesura que s’apuntala en la pretesa “naturalitat” de la Sexualitat amb l’objectiu de reproduir l’espècie humana.
- És **genitalista i coitocentrista**, perquè la penetració és considerada la pràctica més plaent i la resta de pràctiques són considerades inferiors o, com a molt, complementàries a la penetració.

- Es fonamenta en l'**heteronorma** i continua **confonent les sexualitatS amb la reproducció**; d'aquí que estigmatitzi la masturbació, l'homosexualitat o les pràctiques sexuals, jocs i desitjos que no tenen com a objectiu la procreació.
- Reprodueix el **binarisme sexual i de gènere**: no té en compte les persones intersexe ni les persones trans*¹⁶ com a subjectes de desig. És **patologitzador**, ja que estableix que la identitat de gènere i la preferència sexual són condicions mèdiques.
- És **sexista**: naturalitza el desig dels homes i penalitza el de les dones, privilegia el plaer masculí i objectalitza els cossos de les dones.
- Està molt condicionat per les etapes del cycle vital i enfocat a les edats centrals de la reproducció, especialment per a les dones, perquè determina que les criatures i les persones grans no són sexuades: és **adultocèntric i edatista**.
- En tenir en compte només uns cossos determinats (els que s'adeqüen al cànon de bellesa) com a desitjables i subjectes de desig, genera **gordofòbia**.
- En no considerar els cossos amb maneres de funcionar diferents de l'estàndard (per exemple, les persones que es desplacen en cadira de rodes), o en considerar-les des de la desvaloració, el model hegemònic és **capacitista**.
- Pren els valors de la cultura occidental com a universals i **genera estereotips racistes**, per exemple: hipersexualització, erotització, estigmatització i tractament estereotipat de les dones racialitzades, etcètera.
- Tots aquests elements generen exclusió o rebuig cap a les persones que no encaixen en el model hegemònic (LGTBI-fòbia,¹⁷ plumofòbia,¹⁸ butchfòbia,¹⁹ etcètera).
- **Els referents majoritaris acostumen a ser persones cis** (persones que se senten còmodes amb el gènere que els va ser assignat en néixer. Les persones cis* serien totes les persones que no són trans* i que són **occidentals, blanques, amb poder adquisitiu i amb cossos adaptats als canons de bellesa i als estàndards funcionals**. Aquests referents no reflecteixen ni de lluny la realitat diversa de les persones ni l'heterogeneïtat social, però, tot i així, actuen com a referents socials normatius.

16. Dins del calaix "trans*", hi caben moltes identitats i vivències diferents, com ara persones transsexuals, transgènere, transvestits o *cross-dressers*, *drag kings*, *drag queens*, persones no binàries o de gènere fluid, entre d'altres. Per aquest motiu, fem servir *trans** amb l'asterisc.

17. Violències que reben les persones LGTBI+ pel fet de ser-ho, és a dir, per no complir les normes imposades pel sistema sexe-gènere-sexualitat explicat en aquest mateix apartat de la guia.

18. Violències que reben els gais pel fet de tenir ploma, és a dir, tenir una expressió de gènere que no concorda amb la masculinitat normativa.

19. Violències que reben les lesbianes masculines pel fet de no encaixar en la feminitat normativa.

En la influència que allò social té sobre les nostres sexualitats, el gènere hi té un paper clau, perquè ens delimita el camí pel qual hauria de transcórrer la nostra Sexualitat. Encara que es comparteixen elements comuns, si analitzem a grans trets els discursos socials al voltant de la Sexualitat, trobem una sèrie mites i falses creences relacionades amb el gènere, que avui dia continuen configurant les vivències dels homes i les dones en l'àmbit sexual en un marc molt desigual.

Un dels mites que està molt arrelat té a veure amb la naturalització del desig masculí (gairebé sustentada des del vessant biològic), que s'entén com una necessitat fisiològica clara i indiscutible, com un impuls que moltes vegades es considera irrefrenable i incontrolable (“els nois sempre van calents”, “és natural que sempre en tinguin ganes”, “han de descarregar”, etcètera). Aquest mite configurarà el mandat de gènere associat a la masculinitat des del permís i la potència. La doble negació “no soc una dona” i “no soc homosexual” té un pes determinant en l'articulació de la masculinitat. Això convida la misogínia i l'homofòbia a formar part de la colla d'amics que, en forma d'insults (“*nenassa*”, “*marieta*”, etcètera), mantindran a ratlla les desviacions del model hegemònic. Mostrar seguretat, portar la iniciativa, fanfarronejar, tirar “floreteres” a les noies, etcètera, seran considerades mostres de masculinitat en relació amb la Sexualitat.

En contrapartida, el perill i el risc definiran (molt més que el plaer) la relació dels mandats de la feminitat amb la Sexualitat. Els discursos que les dones reben des de petites les eduquen per posar límits a la Sexualitat suposadament irrefrenable dels nois i homes (“ves amb compte, perquè ells només pensen en una cosa”) i alerten constantment del perill a patir una agressió (“no tornis sola a casa”, “que ningú s'aprofiti de tu”, etcètera). A més, les mostres del desig femení seran llegides com a inadequades (excessives) i seran penalitzades mitjançant estereotips (“*guarra*”, “*escalfabraguetes*”), i l'amor romàntic es presentarà com l'únic salvavides (“busca't el noi adequat”).

Podem parlar d'una vivència de la sexualitat igualitària en el marc dels discursos associats al model hegemònic de Sexualitat? Aquests discursos, conjuntament amb les formes amb què anomenem i articulem la realitat, generen una cosmovisió, una normativitat determinada en relació amb la Sexualitat que es tradueix en rols de gènere, en comportaments i actituds masclistes que continuen molt presents en la vivència de la Sexualitat. Malgrat que es parteix del pressupòsit d'igualtat entre homes i dones, quan aprofundim en les dimensions que regulen les relacions socials (i en els aspectes més concrets d'aquestes relacions), trobem la gran llosa dels estereotips associats al gènere, encara molt presents en les nostres vides i que adoben el terreny de les desigualtats i generen violències masclistes.

Així doncs, cal fer una anàlisi profunda sobre el sistema sexe-gènere que sustenta el model hegemònic de Sexualitat i que explica l'articulació de creences, actituds, rols socials i relacions de poder que es basen en l'assignació del sexe home o dona. Aquesta anàlisi crítica ha estat generada com a concepte teòric i com a eina d'anàlisi pels feminismes a partir de la dècada de 1970, i la primera en començar a elaborar-lo teòricament va ser Gayle Rubin (1989). Aquesta teoria, que és una teoria feminista, ens serveix com a manera de mirar el món i analitzar el perquè de les relacions de poder que hi tenen lloc, des del punt de vista de gènere i Sexualitat.

En la seva forma més completa, i de manera divulgativa, aquest model teòric es pot explicar a partir de la taula següent:²⁰

Taula. Sistema sexe–gènere–sexualitat

	Sexe	Gènere	Opció / preferència sexual	Identitat
Normalitat	Home / dona	Masculí / femení	Heterosexual	Cis
Alteritat	Intersex	Expressions de gènere diverses	Lesbiana, gai, bisexual, pansexual, asexual, +	Trans*

La fila superior ens indica les categories que formen part del sistema, que són diferenciades entre si, però que el conjunt de creences socials configura com a “normals” i donen lloc al que anomenem *normalitat*.

La fila inferior té en compte les categories construïdes des de l'alteritat i inclou les identitats, els cossos i les expressions de sexualitatS sobre les quals històricament ha recaigut una conceptualització com a *desviacions* de la norma.

En aquest sistema:

- **El sexe** faria referència a característiques anatòmiques i fisiològiques que determinen que una persona sigui assignada com a home o com a dona en néixer. De fet, l'únic element al qual es para atenció per fer aquesta assignació són els genitals i, a partir d'aquests, s'infereix quin és la càrrega cromosòmica i quin serà el desenvolupament futur dels caràcters sexuals i del sistema endocrí. Però, tal com expliquen activistes intersexe, aquesta correspondència cromosomes–gònades–hormones–genitals externs no sempre és lineal ni sempre és binària, cosa que reafirma i exemplifica que el propi concepte de sexe, tot i les reminiscències científiques, també és una construcció social.²¹

20. Adaptació de l'article de Teo Pardo (2018).

21. Per a més informació, pots consultar el canal de l'activista intersexe Pidgeon, disponible a: <https://www.youtube.com/watch?v=W9q7ic533Vk&t=88s>

- **El gènere** seria el conjunt de normes i models diferenciats i desiguals que s'associen al sexe assignat i que pressuposen un desenvolupament personal i emocional, així com uns rols socials determinats en funció de si som homes o dones. El gènere afecta com ens movem, com ens relacionem socialment i la percepció que tenim de nosaltres mateixes.

En el context de les teories i els moviments feministes contemporanis, algunes teòriques com Judith Butler i Beto Preciado expliquen el gènere com una ficció política que incorporem (en el sentit de *corporificar*) a còpia de repeticions i que ens acaba modelant no només el comportament sinó també el cos mateix. El gènere, llavors, no és una veritat inqüestionable i interna. És més aviat un fenomen que es produeix i reproduceix constantment. En la dècada dels noranta, Butler (2007)²² proposa la teoria de la performativitat de gènere per qüestionar l'aparent naturalitat del sistema binari sexe/gènere. Dir que el gènere és performatiu implica que ningú té un gènere donat des de l'inici, sinó que es produeix durant una constant repetició quotidiana de les normes de gènere que ens diuen com ser o no ser homes, o com ser o no ser dones.

La intencionalitat política de diferenciar sexe de gènere és desnaturalitzar els rols i els comportaments socials. Si el gènere és quelcom que aprenem, també el podem desaprendre, o reaprendre, per obrir la possibilitat de transformar les relacions de desigualtat en relacions igualitàries.

Així, el **gènere** és un conjunt de normes i models assignats a cada sexe que s'imposa a les persones mitjançant l'anomenada *socialització diferencial*. És una construcció social i cultural que genera els models de feminitat i masculinitat, que varien d'una època a una altra i d'una societat a una altra. La diferenciació sexual binària (home-dona) "naturalitza" els estereotips i els rols de gènere, tal com veurem a continuació:

- **Els estereotips de gènere** fan referència a les característiques que s'adjudiquen a homes i dones i ens indiquen com haurien de ser i comportar-se les persones en funció de la diferència sexual. Fan referència a les creences sobre les característiques que són desitjables i que s'esperen de cada sexe. Per tant, els estereotips actuen com a mecanismes de control: determinen allò que és normal, acceptable, i allò que es desvia de la norma. Es basen en una formulació dicotòmica i aparentment complementària. Configuren els models de masculinitat i feminitat buscant aspectes oposats, generant un fals equilibri de suposada complementaritat basat en la necessitat d'un rol masculí i un de femení.
- **Els rols de gènere** serien "patrons socials construïts perquè homes i dones s'adeqüin a determinats comportaments renunciant a altres, i en tant que existeix una coerció forta per aconseguir que així sigui, queda clar que limiten les possibilitats dels éssers humans, i les limiten de manera que, en general, ni tan sols en som conscients, ja que actuen ja des de la infància, des del moment de néixer, de manera que faciliten o inhibeixen el desenvolupament de les capacitats i els desitjos de cada individu" (Subirats i Tomé, 2007, p. 33).

22. En els seus estudis inclou des de treballs de Simone de Beauvoir, Witting i Rubin, fins a les teories crítiques de Michel Foucault, Lacan i Derrida, passant per diverses filòsofes i feministes.

“La superació dels estereotips de gènere implica fer visibles dones i homes que en el passat (i actualment) han viscut les seves vides rebutjant i qüestionant uns mandats socials que coarten les seves llibertats i que han generat nous models alternatius, in-dependents i diversos” (Elvira i Varela, 2015, p. 47).

- **La preferència-opció sexual** faria referència al/s gènere/s de les persones als quals es dirigeix el nostre desig i atracció física i emocional. En comptes de fer servir el concepte “orientació sexual”, proposem els conceptes “preferència” o “opció” per destacar que l’atracció i el desig són construccions sociopolítiques, mutables i relacionals, i la importància d’entendre aquests conceptes com a processos que poden ser dinàmics i no com a categories fixes.
- Finalment, **la identitat de gènere** té a veure amb la identificació subjectiva de cada persona amb un dels dos gèneres majoritaris, amb cap o amb algun altre. Les identitats *cissexual* i *cisgènere* descriuen les persones que se senten còmodes –o relativament còmodes– amb el gènere que els va ser assignat en néixer. Les persones cis* serien totes les persones que no són trans*. Com explica Sam (Sandra) Fernández (2018, p. 19):
 [...] “*Cissexual* se refiere al desarrollo de una identidad de género coincidente con la socialmente esperada en base al sexo asignado al nacimiento. Se trata de un término que nombra aquello que no se ha nombrado hasta los últimos años –la identidad culturalmente hegemónica– dado que el lenguaje común únicamente nos proporcionaba términos para marcar la diferencia –las identidades trans*–, reproduciendo esta dinámica de excepcionalidad en el habla. El término *trans**, por el contrario, nombra el desarrollo de una identidad de género distinta a la esperada socialmente en base al sexo que se asignó”.

Un cop exposades les categories que estructuraven el model, cal observar com opera la normativitat. El conjunt de creences que sosté el sistema sexe-gènere-Sexualitat, ens diu que l’espècie humana té dos i només dos sexes possibles, home i dona, i que tenen característiques biològiques diferenciades. Relacionat amb això, i de manera “natural” (sense tenir presents variacions sociohistòriques),²³ als homes se’ls atribueix el gènere masculí i a les dones, el femení.

Així, pel que fa a l’organització social, i en correlació amb les seves característiques diferenciades, als homes se’ls assignen les funcions productives –valorades socialment i, per tant, remunerades–, mentre que a les dones els corresponen les reproductives –menys valorades socialment i, per tant, no remunerades o mal remunerades–. D’aquesta manera, com que la masculinitat i la feminitat s’estableixen com a complementàries, la relació heterosexual esdevé “natural”. A més, totes les persones s’identificaran amb el sexe assignat en néixer, de manera inequívoca i estable al llarg de tota la vida. És a dir, dins d’aquesta lògica, allò “normal” és ser cissexual.

23. Es pot trobar una crítica a la naturalització del gènere i de la divisió sexual del treball a Sanahuja (2002).

Tal com hem exposat, hi ha moltes persones que no encaixem en aquesta lògica: les persones intersexe (persones amb cossos que no són fàcilment identificables com a homes o com a dones); les persones amb expressions de gènere no normatives (per exemple, nens amb “ploma”, dones masculines, homes que renunciïn a la seva carrera professional per criar les seves filles, i totes les persones que, de forma manifesta, no complim amb els estereotips de gènere); persones que no ens identifiquem com a heterossexuals (lesbianes, bisexuals, asexuals, gais, etcètera), i, finalment, les persones trans*.

En aquest punt, podem fer dues lectures per explicar què passa amb totes les persones que no encaixem en aquesta lògica: o bé aquestes persones estem malament, o bé el sistema està malament. Alguns estaments socials com ara el mèdic, l'educatiu, l'econòmic, el legislatiu o el judicial han abraçat (i abracen) la primera opció. Hi ha la mirada mèdica, per exemple, mitjançant la patologització dels cossos i les identitats de totes les persones que no se situen en la casella d'allò que és “normal”. D'aquesta manera, es contribueix a sostenir aquest sistema social que no només exclou les persones que no encaixen, sinó que és desigual i limita les possibilitats de vida i de relació de tothom. La mirada de la diversitat, en canvi, entén que la variabilitat humana és infinita, tant en l'àmbit corporal com en l'àmbit social i relacional, i que el que falla és aquest sistema. Aquesta perspectiva, per tant, no només dona un espai de possibilitat a la gent que no hi encaixa, sinó que posa en qüestió el patriarcat i l'heterossexualitat obligatòria,²⁴ és a dir, obre espais de llibertat per a tothom.

En relació amb aquests plantejaments, sovint es posa sobre la taula la qüestió: “Per què tantes etiquetes, si al final totes som persones?”. I és cert que totes som persones, però no totes rebem les mateixes violències. Aquesta teoria, que és una teoria feminista, com dèiem, ens serveix com a manera de mirar el món i analitzar el perquè de les relacions de poder que s'hi donen en l'àmbit de gènere i sexualitat. En altres paraules, ens permet explicar algunes violències. Per fer-ho, entenem que el mandat binari de ser homes masculins o dones femenines cisheterossexuals no marca una línia de normalitat/anormalitat, sinó que és una norma corporal, genèrica i sexual. I, com qualsevol norma, transgredir-la implica un càstig social. Amb això no volem dir que les persones que s'identifiquen com a heterossexuals, per exemple, estiguin constantment reproduint la norma, ni que les persones que s'identifiquen com a trans* visquin sempre en la transgressió. El binomi normativitat/alteritat és això: un binomi que el que fa és simplificar extremadament la realitat, però que, de manera general, ens permet analitzar el perquè d'algunes dinàmiques que tenen lloc al nostre voltant. I el mateix passa amb les identitats: són categories analítiques que ens permeten explicar les relacions i l'organització social i, al mateix temps, són construccions socials i culturals que no tenen res d'essencial i són grans generalitzacions. La complexitat de la vida, per sort, les desborda.

24. En la dècada dels vuitanta, Adrienne Rich (1985) va encunyar el terme *heterossexualitat obligatòria* per argumentar que l'heterossexualitat, més enllà de ser una preferència-opció sexual, és una institució política que necessita ser reexaminada a fi que les dones s'alliberin del patriarcat. L'heterossexualitat institucionalitzada i normativa regula les persones que es mantenen dins dels seus límits i margina i sanciona les que són fora d'aquests límits.

Imaginem, doncs, que un nen de 10 anys arriba un dia a l'escola amb les ungles de les mans pintades de vermell intens. Imaginem que alguns companys se'n riuen i li diuen "marieta". Quan ens preguntem què ha passat i per què, sovint ens trobem amb la resposta que la burla té a veure amb el fet que aquesta situació és poc habitual. Si tornem a prendre el quadre com a marc d'anàlisi, podem fer dues reflexions que obrirem en forma de pregunta. La primera, que un nen vagi a l'escola amb corbata és tan poc habitual com que hi vagi amb les ungles pintades. En aquest cas, se n'haurien burlat de la mateixa manera, si el nen hi hagués anat amb corbata? La resposta és no, i això posa llum sobre el fet que el motiu de la burla no és que sigui un fet poc habitual sinó que el nen que va amb les ungles pintades a classe s'està saltant la norma de gènere. I la segona pregunta és si, quan els seus companys li estan dient "marieta", se l'estan imaginant relacionant-se sexoafectivament amb un altre nen.²⁵ En aquest cas, la resposta torna a ser molt probablement que no. L'estan insultant amb un terme que fa referència a una preferència-opció sexual quan, en realitat, el que el nen està transgredint és la norma de gènere, no la norma heterosexual. Aquest exemple ens permet aterrar la idea de sistema. Parlem de sistema *sexe-gènere-Sexualitat* perquè, tot i que cadascuna d'aquestes categories –sexe, gènere, preferència/opció sexual i identitat de gènere– funcionen per separat, de manera que totes les combinacions són possibles (excepte, per definició, dones gais i homes lesbians), hi ha un sistema de creences que les relaciona a través de la norma cisheteropatriarcal, de manera que transgredir-la pel que fa, per exemple, a l'expressió de gènere, implica que fàcilment s'atribueixi a la persona també una preferència sexual no normativa.

Tal com s'ha explicat, el model hegemònic condiona el marc de les sexualitatS de les persones. Però el fet que sigui una construcció social ens permet poder aprendre a identificar i a desaprendre els nostres patrons culturals, i a recórrer nous processos de socialització participatius, igualitaris i transformadors que ens encaminin cap a l'exercici dels nostres drets sexuals. Per recórrer aquests nous camins, és imprescindible revisar i problematitzar les construccions socials (idees, creences, estereotips, mites, etcètera) hegemòniques al voltant del sistema *sexe-gènere-Sexualitat* i desplegar una mirada complexa sobre com habitem les persones les nostres sexualitatS, els nostres cossos, els nostres vincles, les nostres relacions socials, en definitiva, les nostres vides. Metafòricament parlant, requerim una mirada que abordi la realitat social des d'una perspectiva, que abandoni el plànol bidimensional i que assumeixi la tercera dimensió per relacionar les construccions hegemòniques de la *Sexualitat* amb les desigualtats estructurals dels contextos socials i transformar-les. Com a agents comunitàries, hem d'obrir finestres més enllà de l'imaginari social i veure que habitar l'espai fora de la norma no només és possible sinó també satisfactori i desitjable per a la salut sexual, sense (re)marcar jerarquies, ni opcions correctes o incorrectes, a fi d'ampliar l'horitzó de possibilitats.

Per acabar amb les eines d'anàlisi de les violències que vivim –i que, no ho oblidem, també exercim–, cal tenir en compte que el sistema *sexe-gènere-Sexualitat* no permet, ni molt menys, explicar totes les violències. Els feminismes negres nord-americans van in-

25. Pots trobar una explicació més extensa i més complexa al voltant de la mateixa pregunta a La Santa Marica (2018).

trodir el concepte d'*interseccionalitat*, que explica com les societats estan organitzades a partir de diversos eixos de desigualtat (sexe, gènere, sexualitat, raça, classe, capacitat, entre molts altres) que s'entrecreuen i generen sinergies de formes complexes en relació amb el context i que determinen la posició social dels individus en entorns concrets. Segons Crenshaw (1989), "la interseccionalitat és el fenomen pel qual cada individu pateix opressió o ostenta un privilegi sobre la base de la seva pertinença a múltiples categories socials" (traduït de l'anglès).

Aquest concepte, per tant, permet explicar les relacions de poder i les violències més enllà del sistema sexe-gènere-Sexualitat.

1.2. Què significa promocionar la salut sexual i reproductiva de les persones des d'una perspectiva de drets?

Aquesta guia té un posicionament concret a l'entorn de les sexualitatS que té com a marc un enfocament de drets; és a dir, defensa la salut sexual com un dret humà de totes les persones (independentment de si s'ajusten o no al model hegemònic de Sexualitat).

Quan parlem de l'exercici dels drets sexuals, no només estem parlant de l'accés a l'atenció en salut sexual i reproductiva, o de rebre informació veraç, oportuna, científica i sense prejudicis, sinó que apuntem més lluny: a la possibilitat que totes les persones, sense cap tipus de discriminació, puguem prendre les nostres pròpies decisions en tot allò relacionat amb les nostres sexualitatS; estem parlant, doncs, d'autonomia, de llibertats i de cures.

Els drets sexuals són drets humans universals basats en la llibertat inherent, la dignitat i la igualtat per a tots els éssers humans. Atès que la salut és un dret humà fonamental, la salut sexual ha de ser un dret bàsic. Per aquest motiu, els drets sexuals següents²⁶ han de ser reconeguts, promoguts i defensats:

Dret a la llibertat sexual: la llibertat sexual abasta la possibilitat de totes les persones d'expressar la seva sexualitat. No obstant això, exclou totes les formes de coerció sexual, d'explotació i d'abús en qualsevol moment i situació de la vida.

Dret a l'autonomia sexual, la integritat sexual i la seguretat del cos: involucra l'habilitat de prendre decisions autònomes sobre la vida sexual d'una mateixa dins del context de la pròpia ètica social, que no sempre té per què coincidir amb la de les agents comunitàries. També inclou el control i el plaer dels nostres cossos, lliures de violència de qualsevol tipus.

Dret a la privacitat sexual: involucra el dret a prendre decisions individuals i conductes sobre la intimitat, sempre que no interfereixin en els drets sexuals d'altres.

26. Font original: Declaració del XIII Congrés Mundial de Sexologia (València, Espanya, 1997), revisada i aprovada per l'Assemblea General de l'Associació Mundial de Sexologia (WAS) el 26 d'agost de 1999, en el XIV Congrés Mundial de Sexologia (Hong Kong, República Popular de la Xina). A l'Estat espanyol, part d'aquests drets estan regulats pel marc legislatiu establert per la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs.

Dret a l'equitat sexual: fa referència a l'oposició a totes les formes de discriminació independentment del sexe, el gènere, la preferència-opció sexual, l'edat, la raça, la classe social, la religió o la diversitat funcional.

Dret al plaer sexual: el plaer sexual inclou l'autoerotisme i és una font de benestar físic, psicològic, intel·lectual i espiritual.

Dret a l'expressió sexual emocional: l'expressió sexual és més que el plaer eròtic en els actes sexuals. Cada individu té dret a expressar la seva sexualitat a través de la comunicació, el contacte, l'expressió emocional i l'amor.

Dret a la lliure associació sexual: implica la possibilitat de contraure matrimoni o no, de divorciar-se i d'establir altres tipus d'associacions sexuals.

Dret a fer opcions reproductives lliures i responsables: abasta el dret a l'avortament, a decidir sobre tenir filles o fills o no, el nombre i el temps entre cada un i el dret a l'accés als mètodes de regulació de la fertilitat. També inclou el dret a decidir sobre la maternitat de manera lliure en relació amb decisions sobre el part, l'embaràs o la lactància.

Dret a la informació basada en el coneixement científic: la informació sexual ha de ser generada a través d'un procés científic i ètic i difós en formes apropiades a tots els àmbits socials.

Dret a l'educació sexual comprensiva: aquest és un procés que perdura tota la vida i hauria d'involucrar totes les institucions socials.

Dret a la cura de la salut sexual: la cura de la salut sexual ha d'estar disponible per a totes les persones.

Emparada en aquest marc, la salut sexual és el resultat d'un ambient que reconegui, respecti i exerceixi els drets sexuals. En última instància, tenir cura de la salut sexual és poder exercir els drets sexuals. Practicar les cures és una forma de reapropiar-se de l'espai robat. És reapropiar-nos dels nostres drets sexuals.

1.2.1. Els drets sexuals són drets humans: universals, inalienables, interdependents i indivisibles

Els drets sexuals, en la mesura que són drets humans, constitueixen la base ètica que protegeix la dignitat de les persones. Són inalienables, inherents a totes les persones, els hem adquirit en néixer i ens acompanyaran sempre; ens pertanyen. Per aquesta raó, reivindicuem que els drets sexuals són irrenunciables, irrevocables i intransferibles.

Així, no existeix cap ordre jurídica possible o càstig que pugui privar-nos dels nostres drets sexuals. Cap autoritat, cap govern, cap “altre” té legitimitat per negar-nos-els. Formem part de la nostra configuració com a persones i és imprescindible exercir-los per al nostre desenvolupament i benestar: per això són universals.

Altres principis que regeixen el tractament dels drets sexuals com a drets humans són els següents:

- **El principi d'interdependència:** el ple exercici de cadascun dels drets no és possible sense el desenvolupament de la resta; es complementen en tot el seu conjunt. Per exemple, el dret a la igualtat està directament afectat pel dret a rebre una educació sexual lliure d'estereotips masclistes i prejudicis morals. O bé si no es garanteix el dret a l'accés a totes les opcions reproductives (inclosa la interrupció voluntària de l'embaràs), es vulnera també el dret a l'autonomia sexual.
- **El principi d'indivisibilitat:** ningú no ens pot llevar un dret pel fet que sigui “menys important” que la resta o “no essencial”. Cap dret pot gaudir-se a costa d'un altre dret: no se'n pot prescindir de cap. Tots tenen la mateixa importància i són igualment essencials per al respecte a la dignitat i la vàlua de tota persona.

Com destaquem González i Pajares (2012, p.23), “els drets sexuals i reproductius han evolucionat durant molt temps com a drets fragmentats i avui s'inclouen sota el paraigua dels drets humans gràcies a l'esforç local i internacional d'incidència per part de les organitzacions feministes i de dones”. Aquesta incidència política va permetre que la lluita per la garantia dels drets sexuals es reivindicés tant en l'àmbit públic com en el privat i que puguin reclamar-se en tots dos àmbits.

Arribades a aquest punt, podem recuperar la frase que “allò personal/privat és polític”²⁷ per assenyalar la gran transcendència que té reconèixer com a social i interconnectat a causes estructurals allò que anteriorment era percebut com un fet individual o aïllat. D'aquesta manera, les sexualitats que havien estat recloses en l'esfera íntima i individual comencen a repensar-se des de l'acció col·lectiva i comunitària, sota la convicció molt clara que les societats no poden ser justes i equitatives sense el reconeixement i l'exercici ple dels drets sexuals, en qualsevol moment i en qualsevol àmbit.

27. Shulamith Firestone, Robin Morgan i altres feministes a les quals s'atribueix haver originat la frase n'han declinat l'autoria. “En el seu lloc”, escriu Kerry Burch (2012, p. 139), “citen milions de dones en converses públiques i privades com a autores col·lectives de la frase”.

Malgrat l'esforç de les organitzacions feministes i de dones, els drets sexuals són, però, “jurídicament febles”, perquè no són jurídicament vinculants. Aquest fet provoca la necessitat de defensar-los contínuament dels embats fonamentalistes i conservadors, particularment en els temes relacionats amb el dret a viure una sexualitat lliure de violències sexuals, el dret de les persones trans* a decidir sobre el seu cos, el dret de les persones amb diversitat funcional a viure les seves sexualitatS i, molt especialment, el dret a l'avortament.

Per què escollim el terme *drets sexuals*, en comptes de *drets sexuals i drets reproductius*?

- Perquè la unió “drets sexuals i drets reproductius”, com si es tractés d'un mateix espai de drets, ha acabat generant que els drets sexuals s'entenguin com un subconjunt dels drets reproductius, de manera que perden part de la seva potencialitat transformadora.
- Perquè, si vinculem tots dos espais de drets com un únic univers, correm el risc de centrar la titularitat dels drets sexuals en les persones heterosexuales en edat reproductiva.
- Perquè, quan drets sexuals i drets reproductius van units, s'acostuma a deixar fora del marc de protecció dels drets humans una gran quantitat de persones: persones grans, infants i adolescents, persones LGTBI+ (lesbianes, gais, trans*, bisexuals, intersexuals i altres persones no heteronormatives, etcètera).
- Perquè les polítiques públiques sobre drets sexuals i drets reproductius presenten una tendència cap a la salut reproductiva que desaten els drets sexuals i les persones que no es reproduïxen.
- Perquè invisibilitza la història i els assoliments dels moviments feministes i de l'activisme LGTBI+ en matèria de drets, en desvincular les persones de la dimensió política i comunitària de les sexualitatS.
- Perquè reivindicar els drets sexuals és una manera d'ampliar l'exigibilitat dels drets a més diversitat de persones.

1.2.2. Els drets sexuals des d'una visió integral

Respecte a l'enfocament de drets, González i Pajares (2012, p. 25) ens expliquen:

[...] “cal interpretar-lo a la llum de principis ètics, que ens permetran tenir un enfocament més integral:

- La sexualitat és una part integral de la personalitat de cada persona. Per aquesta raó, s'han de donar les possibilitats per crear entorns favorables i segurs, en els quals cada persona pugui gaudir dels seus drets sexuals com a part del seu procés de desenvolupament.
- Els drets i proteccions garantits per a les persones menors i persones amb incapacitat legal d'obrar difereixen dels de les persones adultes i han de prendre en compte el moment del cicle vital de les menors per tal que puguin exercir els seus drets en el seu propi nom.
- La no discriminació és subjacent a la defensa i protecció de tots els drets sexuals.
- La sexualitat i el plaer derivat d'ella és un aspecte central de l'ésser humà, tothom té dret a gaudir-ne. La garantia dels drets sexuals per a totes les persones inclou un compromís amb la llibertat i la protecció de dany”.

La salut sexual, l'exercici dels drets sexuals i el benestar subjectiu en relació amb les sexualitats són tres elements que conflueixen de tal manera que, si un es veu afectat, els altres dos quedaran alterats. Així, quan parlem de salut sexual, estem parlant de drets sexuals. I si parlem de drets sexuals, parlem de desigualtats, perquè els processos de salut no tenen lloc independentment dels contextos socials, els quals poden dificultar l'exercici dels drets sexuals de les persones. Per aquest motiu, resulta indispensable analitzar i transformar l'estructura social i les dinàmiques socials que generen les desigualtats socials en termes de salut.

La promoció de la salut sexual des de l'enfocament de drets amb una visió integral implica, per tant, generar canvis en l'estructura social per tal que totes les persones puguem gaudir dels nostres drets. Per facilitar la generació d'aquests canvis des de la promoció de la salut sexual, els apartats següents aprofundeixen en l'anàlisi dels efectes de les desigualtats estructurals sobre la salut sexual i recullen algunes aportacions feministes que ens encaminen cap a un nou model basat en l'autonomia i l'empoderament.

1.2.3. La promoció dels drets sexuals: aportacions feministes des d'un enfocament interseccional

En aquest apartat, volem reflexionar sobre els efectes de les desigualtats estructurals en la salut sexual de les persones des d'un enfocament feminista interseccional. Considerem una qüestió primordial prendre consciència de com les desigualtats socials impacten en l'exercici dels drets sexuals i en la salut de les persones.

En l'apartat 1.1.3, reflexionàvem sobre les construccions socials hegemòniques al voltant de la Sexualitat i avançàvem el concepte d'*interseccionalitat* com a eina per aprofundir en l'anàlisi de les relacions de poder.

[...] “La mirada interseccional ens ajuda a explicar com les societats estan organitzades a partir de diversos eixos de privilegi-opressió (sexe-gènere, sexualitat, raça, classe, capacitat, entre molts altres), que s'entrecreuen i generen sinergies de formes complexes en relació amb el context i que determinen la posició social de les persones en entorns concrets”. (Pardo, 2018)

L'enfocament interseccional ens permet comprendre les categories de raça, gènere i classe, entre d'altres, com a elements connectats, entrelaçats i entrecruats. La intersecció entre aquests eixos de desigualtat ens dona veritable compte de quines són les problemàtiques en salut de les persones en cada context:

[...] “Un enfoque interseccional es, por tanto, aquel que atiende a los cruces en los que acontece la vida de los sujetos, que nunca es producto de una sola condición, ya sea esta sexual, de género o de clase, entre otras [...]. En este sentido, es la interseccionalidad la estrategia que mejor nos permite acercarnos a una conceptualización de la realidad que nos ayude a desarrollar intervenciones útiles para las personas que viven los obstáculos en salud”. (Fernández, 2017)

Des d'aquest enfocament, podem explorar fins a quin punt es fa efectiu l'exercici del drets sexuals en relació amb determinants socials com la classe, la raça, el gènere, la preferència-opció sexual, entre molts d'altres, tal com expliquem a continuació.

1.2.3.1. Els efectes de les desigualtats estructurals sobre la salut sexual de les persones

Hem parlat de la universalitat dels drets sexuals, però, si mirem de prop la realitat, veurem que una bona part de la societat troba obstacles en l'exercici dels drets sexuals. Aquests obstacles estan relacionats sovint amb determinants socials com poden ser la classe socioeconòmica, el gènere o la raça. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix els determinants socials així:

[...] “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos [...]. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables”. (OMS, 2009)

Les desigualtats socials són, per tant, el resultat d'iniquitats injustes i evitables que provenen d'una distribució desigual del poder. Podem definir la desigualtat estructural com el resultat de situacions d'exclusió social o de “sotmetiment” de determinats grups socials per part d'altres. Es produeix mitjançant complexes pràctiques socials, prejudicis i sistemes de creences amb la finalitat de mantenir l'ordre social.

No és l'objecte d'aquesta guia fer una anàlisi exhaustiva dels efectes de les desigualtats estructurals sobre la salut sexual de les persones. Per tant, oferirem una petita contextualització i, mitjançant exemples, mirarem de facilitar la comprensió de les interrelacions que es donen entre els principals determinants socials de la salut.

Com vèiem, les desigualtats estructurals determinen, en bona part, l'exercici dels drets sexuals i la salut al llarg de la vida de les persones. Així, per exemple, les desigualtats de gènere condicionen la informació i influeixen en la presa de decisions que tenen a veure amb la salut sexual. D'altra banda, la violència masclista, una de les manifestacions més flagrants de l'impacte de la desigualtat de gènere en la salut de les persones, és un fenomen estructural arrelat en les relacions de poder desiguals entre homes i dones i que se sustenta en la discriminació i l'opressió de les dones, simplement pel fet de ser llegides socialment com a dones. És una violència instrumental per part del sistema patriarcal que permet perpetuar-la i, per tant, és causa i conseqüència del sistema mateix. Atesa la magnitud de l'impacte que té en la salut de les dones, l'abordarem de manera específica en l'apartat següent.

Un altre eix de desigualtat estructural està relacionat amb la classe socioeconòmica.

[...] “Se reconoce que la causalidad entre salud y la pobreza es bidireccional, y que la analogía que mejor describe esa relación es la de un círculo vicioso o virtuoso, según empeoren o mejoren las condiciones sanitarias o económicas de la población que se trate”. (OMS, 2003)

Per posar un exemple molt gràfic de com la precarietat econòmica afecta la salut sexual, podem assenyalar la relació directa entre la crisi econòmica recent del 2012 i la disminució de la salut per part de les persones amb menys ingressos:

[...] “La reforma sanitaria y la política de ahorro perseguida en la última década han afectado al disfrute de los derechos sexuales y reproductivos y especialmente a los colectivos más vulnerables, entre ellos las mujeres de bajos ingresos”. (“Informe conjunto al Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales con motivo del examen del 6º informe periódico en España”, 2018)

D'altra banda, no podem deixar d'assenyalar, tampoc, la persistència d'un racisme i una xenofòbia estructurals, que es manifesten, per exemple, en discriminacions des dels ser-

veis de salut cap a les persones racialitzades²⁸ o l'exclusió del sistema de salut de les persones en situació administrativa irregular. Afegim alguns exemples per il·lustrar el que acabem d'exposar:

[...] “La discriminación hacia la población romaní, por el hecho de serlo, es un asunto de tal vigencia actual que oculta y minimiza las problemáticas específicas de salud y de acceso a los dispositivos (socio) sanitarios de la población gitana TLGBQI. Podemos decir que el primer problema emergente de la comunidad gitana de mujeres cis lesbianas es el derivado de la discriminación cultural y étnica. (Fernández, 2017)

El impacto provocado por el RDL 16/2012 ha sido más demoledor en las mujeres inmigrantes, al privarlas del acceso gratuito a los servicios de salud sexual y reproductiva, al impedir su acceso a interrupciones voluntarias de embarazo y al no permitir que puedan disfrutar de medidas de planificación familiar”. (“Informe conjunto al Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales con motivo del examen del 6º informe periódico en España”, 2018)

En un pla més general, l'informe esmentat també destaca que, per a les persones vulnerabilitzades per les desigualtats estructurals com ara les persones amb diversitat funcional, per a les persones que viuen en zones rurals, per a les persones dels diversos col·lectius LGTBI i per a les que exerceixen treball sexual, hi ha menys iniciatives de promoció de la salut sexual.

Podem concloure, doncs, a partir dels exemples exposats, que la classe social, el gènere, la raça, la preferència-opció sexual o la identitat de gènere, entre d'altres, configuren un sistema complex d'opressions múltiples i simultànies que produeixen problemàtiques de salut sexual específiques i diferenciades.

Hem de ser conscients de com aquestes desigualtats estructurals impacten en la salut i en l'exercici dels drets sexuals de les persones i tenir-les presents a l'hora de repensar la promoció de la seva salut sexual.

[...] “Els problemes de les persones no poden tenir una solució estrictament individual, ni respostes tecnocràtiques. Enfortir la societat suposa fer avançar la idea que la major part dels problemes que afecten més les persones són col·lectius i han de tenir respostes col·lectives, en contra de la ideologia de la individualització que s'ha intentat imposar les darreres dècades i que culpabilitza les persones que més pateixen la desigualtat i la precarització de la vida de la seva situació i alhora les responsabilitza d'haver-se'n de sortir individualment”. (Ajuntament de Barcelona. Àrea de Drets de Ciutadania, Cultura, Participació i Transparència. Direcció d'Acció Comunitària, 2018, p. 5-6)

28. “La racialización es, así, el acto de diferenciación por el que una persona es asignada a un grupo étnico desde afuera, siéndole inmediatamente atribuidas un conjunto de características en base a sus rasgos fenotípicos. En este sentido, la racialización es un fenómeno por el que determinados fenotipos (rasgos visuales que pueden ser corporales o no) adquieren un significado –generalmente peyorativo– en el seno de una relación de dominación entre grupos. Se trata de un modo de significar el cuerpo y de encadenar los rasgos fenotípicos a las conductas y el lugar social que ocupa un determinado colectivo. Estas atribuciones o estereotipos tienen especial relevancia para entender las relaciones con el sistema de salud”. (Fernández, 2017)

1.2.3.2. Els efectes de les violències masclistes sobre la salut sexual

Tal com s'ha explicat en l'apartat 1.1.3, el sistema patriarcal té una sèrie de mecanismes per perpetuar les desigualtats i la discriminació vers les dones. Ho fa, bàsicament, mitjançant dos processos: els processos de socialització (mitjançant els quals es transmeten, es reproduïxen i es reforcen els estereotips de gènere) i els de les **violències masclistes**.

Per entendre la dimensió estructural de les violències masclistes, hem d'analitzar els dos fenòmens que la construeixen i la legitimen. D'una banda, es construeixen a través d'allò simbòlic (sistema de creences, de valors i de l'imaginari social). De l'altra, es legitimen a través de dos processos relacionats entre si:

- La socialització que les “naturalitza” les treu de la seva dimensió real (“allò social”) i les converteix en quelcom natural (“allò normal”).
- La impunitat del sistema per fer-los front en tota la seva extensió.

La Llei orgànica 1/2004, de mesures de protecció integral contra la violència de gènere, va suposar un canvi molt important a l'inici dels anys 2000, quan es va iniciar el debat jurídic, però sobre tot social, on es va posar en evidència com els ens públics havien d'afrontar les violències contra les dones més enllà del concepte de *violència domèstica* que fins llavors era el marc lògic de les violències. Així, la Llei orgànica 1/2004 intenta reconduir aquesta situació a través de la definició de la violència de gènere com aquella que pateixen les dones “com a manifestació de la discriminació, la situació de desigualtat i les relacions de poder dels homes sobre les dones” (article 1). Es deixa clar, així, que la violència contra les dones constitueix una categoria específica de violència social que té el seu origen en la discriminació estructural de la dona pel repartiment no equitatiu de rols socials i que no té parangó en el sexe masculí.

El que va passar posteriorment va ser que la Llei orgànica 1/2004, en el seu desplegament al Codi penal, va quedar molt reduïda a la violència exercida per parelles o exparelles, tot i que aquesta definició fa temps que va deixar de ser suficient per afrontar el caràcter estructural de les violències i, també, malgrat que aquest fet comportava deixar fora de la tipificació penal moltes altres formes de violència.

En aquest sentit, el marc jurídic, polític i institucional català reconeix, però, a la Llei 5/2008, del dret de les dones a erradicar la violència masclista, una definició més àmplia on s'entén la violència masclista com “la violència que s'exerceix contra les dones com a manifestació de la discriminació i de la situació de desigualtat en el marc d'un sistema de relacions de poder dels homes sobre les dones i que, produïda per mitjans físics, econòmics o psicològics, incloses les amenaces, les intimidacions i les coaccions, tingui com a resultat un dany o un patiment físic, sexual o psicològic, tant si es produeix en l'àmbit públic com en el privat.

Si bé aquesta llei va ésser una llei avançada en matèria de violència masclista, el Parlament de Catalunya va aprovar, el 22 de desembre de 2020, la **Llei 17/2020, de modificació de la Llei 5/2008, del dret de les dones a erradicar la violència masclista**, que modifica

l'anterior llei 5/2008 amb la finalitat d'adequar-la a les modificacions normatives, especialment el Conveni del Consell d'Europa de l'11 de maig de 2011 (Conveni d'Istanbul) i ratificat per Espanya el 2014; i d'ampliar els tipus i les formes de violències masclistes.

Aquesta llei també cataloga les violències masclistes amb dos criteris: les formes en què s'expressen i els àmbits en què es produeixen, tal com es pot veure en els quadres següents.

Formes de violència masclista:

Pel que fa a la llei, la violència masclista es pot exercir d'alguna de les formes següents:

1. La violència masclista es configura per una continuïtat de situacions en què interactuen cadascuna de les formes de violència masclista amb els diferents àmbits en què es produeixen.
2. La violència masclista es pot exercir de manera puntual o de manera reiterada d'alguna de les formes següents:

Violència física: comprèn qualsevol acte o omissió de força contra el cos d'una dona, amb el resultat o el risc de produir-li una lesió física o un dany.

Violència psicològica: comprèn tota conducta o omissió que produeix en una dona una desvaloració o un patiment, per mitjà d'amenaques, humiliació, vexacions, menys teniment, menyspreu, exigència d'obediència o submissió, coerció verbal, insults, aïllament o qualsevol altra limitació del seu àmbit de llibertat. La violència masclista també es pot dur a terme amb l'amenaça o la causació de violència física o psicològica contra l'entorn afectiu de la dona, especialment els fills i filles o altres familiars que hi convisquin o hi tinguin una relació directa, quan es dirigeixi a afligir la dona. També inclou la violència ambiental, que es duu a terme per mitjà de l'exercici de la violència sobre béns i propietats de la dona, amb valor econòmic o sentimental, o sobre els animals amb els quals té un vincle d'afecte, amb la finalitat d'afligir-la o de crear un entorn intimidatori.

Violència sexual: comprèn qualsevol acte que atempti contra la llibertat sexual i la dignitat personal de la dona creant unes condicions o aprofitant-se d'un context que, directament o indirectament, imposin una pràctica sexual sense tenir el consentiment ni la voluntat de la dona, amb independència del vincle que hi hagi entre la dona i l'agressor o agressors. Inclou l'accés corporal, la mutilació genital o el risc de patir-ne, els matrimonis forçats, el tràfic de dones amb finalitat d'explotació sexual, l'assetjament sexual i per raó de sexe, l'amenaça sexual, l'exhibició, l'observació i la imposició de qualsevol pràctica sexual, entre altres conductes.

Violència obstètrica i vulneració de drets sexuals i reproductius: consisteix a impedir o dificultar l'accés a una informació veraç, necessària per a la presa de decisions autònomes i informades. És una vulneració dels drets sexuals i reproductius que pot afectar els diferents àmbits de la salut física i mental, incloent-hi la salut sexual i reproductiva, i pot impedir o dificultar a les dones prendre decisions sobre llurs pràctiques i preferències sexuals, i sobre llur reproducció i les condicions en què es duu a terme, d'acord amb els supòsits inclosos en la legislació sectorial aplicable. Inclou l'esterilització forçada, l'embaràs forçat, l'impediment d'avortament en els supòsits legalment establerts i la dificultat per a accedir als mètodes contraceptius, als mètodes de prevenció d'infeccions de transmissió sexual i del VIH, i als mètodes de reproducció assistida, i també les pràctiques ginecològiques i obstètriques que no respectin les decisions, els cossos, la salut i els processos emocionals de les dones.

Violència econòmica: consisteix en la privació intencionada i no justificada de recursos per al benestar físic o psicològic d'una dona i, si escau, de llurs fills o filles, en l'impagament reiterat i injustificat de pensions alimentàries estipulades en cas de separació o divorci, en el fet d'obstaculitzar la disposició dels recursos propis o compartits en l'àmbit familiar o de parella i en l'apropiació de béns de la dona, sia per herència o per guanys.

Violència digital: consisteix en els actes de violència masclista i misogínia en línia comesos, instigats, amplificats o agreujats, en part o totalment, amb l'ús de tecnologies de la informació i de la comunicació, plataformes de xarxes socials, webs o fòrums, correu electrònic i sistemes de missatgeria instantània i altres mitjans semblants que afectin la dignitat i els drets de les dones. Aquests actes causen danys psicològics i, fins i tot, físics; reforcen estereotips; danyen la dignitat i la reputació; atempten contra la privacitat i la llibertat d'obrar de la dona; li causen pèrdues econòmiques, i obstaculitzen la seva participació política i la seva llibertat d'expressió.

Violència de segon ordre: consisteix en la violència física o psicològica, les represàlies, les humiliacions i la persecució exercides contra les persones que donen suport a les víctimes de violència masclista. Inclou els actes que impedeixen la prevenció, la detecció, l'atenció i la recuperació de les dones en situació de violència masclista.

Violència vicària: consisteix en qualsevol tipus de violència exercida contra els fills i filles amb la finalitat de provocar dolor o dany a la mare.

3. S'entén que les diverses formes de violència masclista són també violència contra la dona quan s'exerceixin amb l'amenaça o la causació de violència física o psicològica contra el seu entorn afectiu, especialment contra els fills i filles o altres familiars, amb la voluntat d'afligir la dona.

Àmbits de les violències masclistes a la Llei 17/2020, del 22 de desembre, de modificació de la Llei 5/2008, del dret de les dones a erradicar la violència masclista:

La violència masclista es pot manifestar en alguns dels àmbits següents:

1. **Violència en l'àmbit de la parella:** consisteix en la violència física, psicològica, digital, sexual o econòmica exercida contra una dona i perpetrada per l'home que n'és o n'ha estat el cònjuge o per la persona que hi té o hi ha tingut relacions similars d'afectivitat.
2. **Violència en l'àmbit familiar:** consisteix en la violència física, digital, sexual, psicològica o econòmica exercida contra les dones i els menors d'edat en el si de la família i perpetrada per membres de la mateixa família o per membres del nucli de convivència, en el marc de les relacions afectives i dels lligams de l'entorn familiar. Inclou els matrimonis forçats. No inclou la violència exercida en l'àmbit de la parella.
3. **Violència en l'àmbit laboral:** consisteix en la violència física, sexual, econòmica, digital o psicològica que es pot produir en l'àmbit públic o privat durant la jornada de treball, o fora del centre i de l'horari establert si té relació amb la feina. Pot adoptar els tipus següents:

Assetjament per raó de sexe: consisteix en qualsevol comportament no desitjat, verbal o físic, relacionat amb el sexe o gènere de la dona, realitzat amb el propòsit o efecte d'atemptar contra la dignitat, la indemnitat o les condicions de treball de les dones pel fet d'ésser-ho, creant un entorn intimidatori, hostil, degradant, humiliant, ofensiu o molest que dificulti llur promoció, ocupació de funcions, accés a càrrecs directius, remuneració i reconeixement professional, en equitat amb els homes.

Assetjament sexual: consisteix en qualsevol comportament verbal, no verbal o físic no desitjat d'índole sexual que tingui com a objectiu o produeixi l'efecte d'atemptar contra la dignitat i la llibertat d'una dona o de crear-li un entorn intimidatori, hostil, degradant, humiliant, ofensiu o molest.

Discriminació per embaràs o maternitat: consisteix en tot tracte desfavorable a les dones relacionat amb l'embaràs o la maternitat, existent o potencial, que comporti una discriminació directa i una vulneració dels drets fonamentals a la salut, a la integritat física i moral i al treball.

4. **Violència en l'àmbit social o comunitari:** comprèn les manifestacions següents:

Agressions sexuals: ús de la violència física i sexual contra les dones determinada per l'ús premeditat del sexe com a arma per a demostrar poder i abusar-ne.

Assetjament sexual.

Tràfic de dones amb finalitat d'exploració sexual i amb altres finalitats amb dimensió de gènere.

Mutilació genital femenina o risc de patir-ne: inclou qualsevol procediment que impliqui o pugui implicar una eliminació total o parcial dels genitals femenins o que hi produeixi lesions, encara que hi hagi consentiment exprés o tàcit de la dona.

Violència derivada de conflictes armats: inclou totes les formes de violència contra les dones que es produeixen en aquestes situacions, com ara l'assassinat, la violació, l'esclavatge sexual, l'embaràs forçat, l'avortament forçat, l'esterilització forçada, la infecció intencionada de malalties, la tortura o els abusos sexuals.

Violència contra els drets sexuals i reproductius de les dones, com ara els avortaments selectius i les esterilitzacions forçades.

Feminicidis: els assassinats i homicidis de dones per raó de gènere, les induccions al suïcidi i els suïcidis com a conseqüència de la pressió i violència exercida cap a la dona.

Agressions per raó de gènere.

Vexacions, tractes degradants, amenaces i coaccions en l'espai públic.

Restriccions o privacions de llibertat a les dones, o d'accés a l'espai públic o als espais privats, o a activitats laborals, formatives, esportives, religioses o lúdiques, i també restriccions a l'expressió en llibertat pel que fa a llur orientació sexual o expressió i identitat de gènere, o a llur expressió estètica, política o religiosa.

Represàlies pels discursos i expressions individuals i col·lectius de les dones que reclamen el respecte de llurs drets, i també expressions i discursos públics que fomentin, promoguin o incitin directament o indirectament l'hostilitat, la discriminació o la violència envers les dones.

- 5. Violència en l'àmbit digital:** violència masclista que es produeix a les xarxes de comunicació digitals, enteses com a nova àgora d'interacció, participació i governança per mitjà de les tecnologies de la informació i la comunicació. Entre altres pràctiques, inclou el ciberassetjament, la vigilància i el seguiment, la calúmia, els insults o les expressions discriminatòries o denigrants, les amenaces, l'accés no autoritzat als equips i comptes de xarxes socials, la vulneració de la privacitat, la manipulació de dades privades, la suplantació d'identitat, la divulgació no consentida d'informació personal o de continguts íntims, el dany als equips o canals d'expressió de les dones i dels col·lectius de dones, els discursos d'incitació a la discriminació envers les dones, el xantatge de caràcter sexual per canals digitals i la publicació d'informació personal amb la intenció que altres persones agredeixin, localitzin o assetgin una dona.
- 6. Violència en l'àmbit institucional:** accions i omissions de les autoritats, el personal públic i els agents de qualsevol organisme o institució pública que tinguin per finalitat retardar, obstaculitzar o impedir l'accés a les polítiques públiques i a l'exercici dels drets que reconeix aquesta llei per a assegurar una vida lliure de violència masclista, d'acord amb els supòsits inclosos en la legislació

sectorial aplicable. La manca de diligència deguda, quantitativa i qualitativa, en l'abordatge de la violència masclista, si és coneguda o promoguda per les administracions o esdevé un patró de discriminació reiterat i estructural, constitueix una manifestació de violència institucional. Aquesta violència pot provenir d'un sol acte o pràctica greu, de la reiteració d'actes o pràctiques de menor abast que generen un efecte acumulat, de l'omissió d'actuar quan es conegui l'existència d'un perill real o imminent, i de les pràctiques o omissions revictimitzadores. La violència institucional inclou la producció legislativa i la interpretació i aplicació del dret que tingui per objecte o provoqui aquest mateix resultat. La utilització de la síndrome d'alienació parental també és violència institucional.

7. **Violència en l'àmbit de la vida política i l'esfera pública de les dones:** la violència masclista que es produeix en espais de la vida pública i política, com les institucions polítiques i les administracions públiques, els partits polítics, els mitjans de comunicació o les xarxes socials. Quan aquesta forma de violència masclista ocorre en les institucions polítiques o les administracions públiques i és tolerada i no sancionada, esdevé també una forma de violència institucional.
8. **Violència en l'àmbit educatiu:** qualsevol tipus de violència que es produeix en l'entorn educatiu entre els membres de la comunitat educativa. Es pot produir entre iguals, de major d'edat a menor d'edat o viceversa. Inclou l'assetjament, l'abús sexual i el maltractament físic, sexual, psíquic o emocional. Entre aquestes violències n'hi ha que es produeixen per raó de gènere o d'identitat sexual.
9. Qualsevol altres formes anàlogues que lesionin o puguin lesionar la dignitat, la integritat o la llibertat de les dones.

La comprensió actual de les **violències sexuals** com una expressió bàsica de la dominació patriarcal cap a les dones és molt recent i encara dista molt de ser assumida àmpliament en l'àmbit social i institucional. Durant segles, les violències patriarcals cap a les dones –incloses les sexuals– han estat justificades per l'Estat o, fins i tot, regulades pel sistema jurídic com un “dret” que podien exercir certs homes sobre certes dones, dins d'un marc normatiu que assegurava la subordinació de les dones als homes.

Les diverses formes de violències cap a les dones per raons de gènere (també anomenades *violències masclistes*), entre les quals hi ha les violències sexuals, són fenòmens molt greus que afecten el nucli dels drets humans. Les violències sexuals afecten principalment les dones i nenes i constitueixen una forma greu de la violència basada en el gènere, una manifestació de la discriminació contra les dones.

Tal com ha assenyalat recentment el Comitè CEDAW²⁹ en la seva recomanació general núm. 35 (OMS, 2017):

[...] “El derecho de las mujeres a una vida libre de violencia por razón de género es indivisible e interdependiente respecto de otros derechos humanos, a saber: los derechos a la vida, la salud, la libertad y la seguridad de la persona, la igualdad y la misma protección en el seno de la familia, la protección contra la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes y la libertad de expresión, de circulación, de participación, de reunión y de asociación”.

La Declaració i plataforma d'acció de Pequín (Nacions Unides, 2014, p. 66) ha expressat en termes positius el dret a l'autonomia sexual:

[...] “Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual”.

D'altra banda, tal com passa amb la violència en les relacions de parella (o “violència de gènere”, d'acord amb el marc normatiu espanyol de la Llei orgànica 1/2004), les violències sexuals no ocorren a l'atzar, sinó que estan relacionades amb desequilibris de poder basats en el gènere.

Per tant, les violències sexuals també suposen una violació del dret de no patir discriminació, reconegut pels instruments internacionals de drets humans, perquè és “incompatible amb la dignitat i el valor de la persona”. Les violències sexuals, doncs, a banda de constituir una greu violació dels drets humans, són també un delictes greu que es produeix de formes diverses, en graus diversos, en totes les societats. Així mateix, i depenent de les circumstàncies, les violències sexuals també poden constituir crims de guerra, de lesa humanitat, actes de tortura o actes constitutius de genocidi.

En convertir-se en part dels tractats internacionals de drets humans, els estats assumeixen obligacions legals, inclosa la protecció de les persones en el seu territori o jurisdicció davant les violacions d'aquests drets. Aquestes obligacions són, tradicionalment, les obligacions de respectar els drets humans, que obliguen els estats i els seus agents –tant si és el poder executiu com el legislatiu o el judicial– a abstenir-se de violar aquests drets i a no exercir actes que constitueixin violències sexuals. Però, a més, les obligacions de garantir els drets humans signifiquen que els estats també han de prendre mesures davant dels actes comesos per agents privats (no estatals). És a dir, els estats han de

29. Sigles en anglès de la Convenció sobre l'eliminació de tota forma de discriminació contra la dona, aprovada per les Nacions Unides el 1979 i ratificada per 187 països, el 96% dels existents, entre ells l'Estat espanyol, que la va ratificar el 1984.

prendre, amb la diligència deguda, les mesures apropiades –legislatives o administratives– per prevenir, investigar, jutjar i sancionar els actes comesos per agents no estatals (individus o grups) que violin els drets humans de les persones en el territori de l'estat, i proporcionar reparació a les víctimes.

En el cas de les violències sexuals –així com altres formes de violències contra les dones per raons de gènere–, els estats han d'actuar amb la diligència deguda per prevenir, investigar i sancionar aquestes violències, així com per reparar el mal a les víctimes.

Arribades a aquest punt i tenint present tot el que hem presentat en relació amb la legislació existent, proposem les reflexions següents des d'una mirada feminista interseccional:

- **Les violències masclistes es poden produir en tots els espais on les persones interactuen:** en contextos familiars o comunitaris, l'espai públic, el lloc de treball, espais d'oci, la política, l'esport, els serveis de salut, els centres de dia i residències, els entorns educatius o tecnològics, a més de les formes contemporànies de violència que es produeixen a les xarxes i en altres entorns digitals.
- Hem de comprendre les violències masclistes com **una problemàtica social** i estructural més que individual, **que exigeix abordatges integrals**. La intervenció comunitària ha d'anar més enllà de posar èmfasi en situacions concretes, autors o víctimes/supervivents individuals. Les violències sexuals neixen a les arrels dels sistemes socials patriarcals i s'acaben legitimant, precisament, per aquest fet.
- **La intervenció comunitària ha de ser capaç d'incorporar “la diversitat de les dones” al seu enfocament, a fi de donar respostes adequades.** Les violències masclistes poden afectar les dones en graus diversos o de formes diferents. Les dones pateixen/patim **formes múltiples i interrelacionades de violències**, que tenen un efecte negatiu agreujat. Dins d'aquests factors que poden interrelacionar-se, s'hi inclouen l'origen ètnic, la condició de minoria o d'indígena, la situació socioeconòmica, l'idioma, la religió, l'opinió política, l'origen nacional, l'estat civil, la maternitat, l'edat, la procedència urbana o rural, l'estat de salut, la diversitat funcional,³⁰ els drets de propietat, la condició de lesbiana, bisexual, transgènere o intersexe, l'analfabetisme, la sol·licitud d'asil, la condició de refugiada, desplaçada interna o apàtrida, la viduïtat, l'estatus migratori, la condició de cap de família, l'estat serològic en relació amb el VIH, la privació de llibertat i l'exercici del treball sexual, així com la *trata*³¹ de dones, les situacions de conflicte armat, la llunyania geogràfica i l'estigmatització de les dones que lluiten pels seus drets, en particular les defensores dels drets humans.

30. La intersecció dona - diversitat funcional ens parla d'una exposició més gran a les desigualtats socials i a les violències masclistes. Les violències contra les dones amb diversitat funcional segueixen uns mecanismes específics; es tracta d'unes violències invisibilitzades que tenen lloc majoritàriament en l'àmbit domèstic, residencial i mèdic. Vulneracions flagrants dels drets sexuals com els avortaments coercitius o les esterilitzacions forçoses (que pateixen especialment les dones amb diversitat intel·lectual), poden agreujar la situació d'indefensió i vulnerabilitat davant els abusos sexuals en evitar-se l'evidència de l'abús que suposaria un embaràs.

31. Utilitzem el terme *trata* tot i que és una paraula en castellà. La traducció en català és *tràfic de dones amb finalitats d'exploació sexual*.

Fins ara hem donat un cop d'ull, sobretot, a la realitat a l'Estat espanyol i a Catalunya. A continuació, us proposem ampliar la mirada a l'àmbit internacional.

En relació amb l'**impacte de les violències masclistes en les sexualitats**, l'OMS (2017) considera que les violències de gènere vers les dones constitueixen un greu problema de salut pública i una violació dels drets humans de les dones. A més de la mort, aquestes violències són una de les causes principals de lesions i diversitat funcional, i un factor de risc de patir altres problemes de salut física, mental, sexual i reproductiva.

Qualsevol de les manifestacions de les violències masclistes té un impacte més o menys greu en la salut sexual de les dones. Les dones que viuen sota alguna forma de violència masclista estan més exposades a la infecció pel VIH i altres ITS, a embarassos no desitjats, a no tenir control sobre la seva sexualitat i sobre el seu cos, i també hi destaca l'impacte silenciós que és el segrest del desig i del plaer. En definitiva, comporta el segrest de l'autonomia i la llibertat de les dones, dels drets sexuals de les dones. Tots aquests segrestos embarguen la nostra "habitació pròpia interna", aquella des de la qual construïm la nostra identitat i les nostres capacitats per a l'acció, per crear i crear-nos, i per reconèixer-nos i reivindicar-nos com a subjectes de drets i de desitjos.

Segons la recomanació general de CEDAW núm.19 (Comitè CEDAW, 1992) s'entén per *violències sexuals* els actes o omissions destinats a causa o provocar, o que puguin causar o provocar, la mort o un mal o sofriment físic, sexual, psicològic o econòmic per a les dones, les amenaces de tals actes, l'assetjament, la coacció i la privació arbitrària de la llibertat.

Sota aquesta recomanació podem assenyalar alguns elements per fer una lectura que ens permeti ampliar la mirada de les violències:

- **Context.** El comitè assenyala que la violència basada en el gènere es veu afectada –i sovint, agreujada– per factors culturals, econòmics, ideològics, tecnològics, polítics, religiosos, socials i ambientals, com es posa de manifest, entre d'altres, en els contextos del desplaçament, la migració o l'augment de la globalització de les activitats econòmiques, en particular de les cadenes mundials de subministrament, la indústria extractiva i la deslocalització, la militarització, l'ocupació estrangera, els conflictes armats, l'extremisme violent i el terrorisme. La violència basada en el gènere també es veu afectada per les crisis polítiques, econòmiques i socials, els disturbis, les emergències humanitàries, els desastres naturals i la destrucció o degradació dels recursos naturals.
- **Drets humans i violència basada en el gènere.** El dret de les dones a una vida lliure de violència està unit a altres drets humans: els drets a la vida, la salut, la llibertat i la seguretat de la persona, la igualtat, la igual protecció en el si de la família, a la protecció contra la tortura i altres tractes cruels, inhumans o degradants (en particular, algunes formes de violència sexual han estat considerades formes de tortura o altres crims, també de caràcter internacional) i la llibertat d'expressió, de circulació, de participació, de reunió i d'associació.

- **Causes de la violència basada en el gènere.** El comitè CEDAW considera que la violència basada en el gènere està arrelada en factors relacionats amb el gènere, com ara la ideologia del dret i privilegi dels homes respecte de les dones, les normes socials relatives a la masculinitat i la necessitat d’afirmar el control o el poder masculí, imposar els rols assignats a cada gènere, o evitar, descoratjar o castigar el que es considera un comportament inacceptable de les dones. Aquests factors també contribueixen a l’acceptació social explícita o implícita de la violència basada en el gènere, que sovint encara es considera un assumpte privat, i a la impunitat generalitzada en aquest aspecte.
- **Àmbits.** La violència basada en el gènere es produeix en tots els espais i esferes de la interacció humana, tant públics com privats.

Des de diversos àmbits s’impulsa la reformulació del concepte i del seu significat, és a dir, d’allò que entenem per *violències sexuals*. Així, l’OMS ha definit la violència sexual així:

[...] “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”. (OMS i Organización Panamericana de Salud, 2013)

Pel que fa als actes que es consideren violències sexuals, l’OMS assenyala el següent:

[...] “La violencia sexual abarca actos que van desde el acoso verbal a la penetración forzada y una variedad de tipos de coacción, desde la presión social y la intimidación a la fuerza física. La violencia sexual incluye pero no se limita a lo siguiente: violación en el matrimonio o en citas amorosas; violación por desconocidos o conocidos; insinuaciones sexuales no deseadas o acoso sexual (en la escuela, el lugar de trabajo, etc.); violación sistemática, esclavitud sexual y otras formas de violencia particularmente comunes en situaciones de conflicto armado (por ejemplo fecundación forzada); abuso sexual de personas física o mentalmente discapacitadas; violación y abuso sexual de niños, y formas ‘tradicionales’ de violencia sexual, como matrimonio o cohabitación forzados y ‘herencia de viuda’”. (OMS i OPS, 2013)

Aquestes definicions són fonamentals; d’una banda, perquè posen en el centre els mecanismes a través dels quals es poden cometre aquestes violències –diversos tipus de coacció, que van des de la pressió social a la intimidació per la força física–, i, de l’altra, perquè destaquen que l’afecció no necessàriament s’ha de produir en el cos de les dones. En efecte, la violència pot repercutir de qualsevol altra manera en la intimitat de les dones, tal com passa en els casos de comentaris o insinuacions de caire sexual no desitjats.

Amb tot, cal reconèixer que aquestes definicions es mantenen dins de la visió liberal neutral, és a dir, són neutres en termes de gènere, encara que es reconegui que les principals afectades per aquestes violències són les dones i les nenes.

En un sentit més ampli, es consideren violències sexuals:

[...] “todo acto de índole sexual ejercido por una persona –generalmente un hombre– en contra del deseo y la voluntad de otra –generalmente una mujer o niña– que se manifiesta como una amenaza, intrusión, intimidación y/o ataque, y que puede ser expresada en forma física, verbal o emocional”. (Velázquez, 2003, p. 70)

Aquesta definició col·loca en el centre l'element del consentiment o la voluntat, que, com veurem, és essencial per a la comprensió de les violències sexuals des d'una perspectiva centrada en els drets de les dones.

Així mateix, tal com diu el Comitè CEDAW, les violències masclistes –incloses les violències sexuals en espais públics– estan arrelades en “la ideología del derecho y el privilegio de los hombres respecto de las mujeres, las normas sociales relativas a la masculinidad y la necesidad de afirmar el control o el poder masculinos, imponer los papeles asignados a cada género o evitar, desalentar o castigar lo que se considera un comportamiento inaceptable de las mujeres”. De fet, són aquests factors els que “contribuyen a la aceptación social explícita o implícita de la violencia [...] que a menudo aún se considera un asunto privado, y a la impunidad generalizada a ese respecto”. (OMS, 2017), la qual cosa és particularment preocupant en l'àmbit de les violències sexuals en espais públics.

D'altra banda, també el contingut que es dona al concepte de violències sexuals és una cosa que ha anat evolucionant de manera històrica i sociocultural. Tant en l'àmbit normatiu com social, fins avui en dia, quan es parla de *violències sexuals* sovint es pensa en agressions sexuals i, particularment, en la violació. La preeminència d'aquesta figura es basa tant en la seva importància històrica –vinculada amb la “virginitat” i la vàlua de les dones, la protecció de la seva “honestedat”, etcètera– com jurídica; per això es considera el delictes sexual més greu. Encara que, fent un pas més enllà, també es pensi en les violències que penalment es consideren “abusos sexuals”, en general la comprensió social (i l'imaginari jurídic) de les violències sexuals ens remet a alguna cosa que ocorre en situacions i contextos d'alguna manera “extraordinaris”, com la violació d'una dona amb violència per part d'un desconegut en un carreró fosc i solitari a la nit (qualificada com l'estereotip de “*real rape*” o “*veritable violació*” per Susan Estrich, 1987).

Encara que la major part de les agressions sexuals no responen a aquesta situació estereotipada, ja que una gran part les cometem coneguts –com, per exemple, parelles– en espais privats –com l'espai domèstic–, aquesta visió també és molt limitada pel que fa a les violències sexuals que es poden produir en els espais públics.

En aquesta esfera, cal anar molt més enllà: no sols parlem d'agressions sexuals en carrers, parcs, camins, etcètera, sinó també de diverses formes de violències sexuals que es produeixen en espais públics on poden haver-hi aglomeracions, com, per exemple, en el transport públic. Les manifestacions també són diverses, des de supòsits en què hi ha una invasió corporal de la víctima, bé en forma d'agressions o bé d'abusos, fins a casos en què, sense cap contacte corporal, es fan insinuacions, amenaces, propostes o comentaris, verbals o mitjançant gestos o exhibicions corporals, així com invasions a la intimitat de les víctimes mitjançant fotografies o imatges no autoritzades, com l'anomenat feno-

men de *l'upskirting*, que es refereix a fotografies o vídeos presos sota les faldilles de les dones i nenes, a fi d'obtenir (i sovint difondre) imatges de la seva zona púbica.

Independentment dels àmbits en què tenen lloc les violències sexuals, avui dia es mantenen vigents molts dels estereotips sobre aquestes violències, com ara veure-les com una cosa allunyada o excepcional, així com sobre les víctimes, a les quals es demana que es defensin, es resisteixin a la violència i siguin una “víctima ideal”. Aquests estereotips es reproduïxen en l'àmbit jurídic, on, a més, persisteixen en l'esfera normativa conceptes “fal·locèntrics” que vinculen la gravetat de la violència amb la penetració, així com una greu manca de formació i de sensibilització amb mirada feminista per part de molts i moltes professionals del món jurídic.

1.2.3.3. Els efectes del model hegemònic de la Sexualitat sobre la salut sexual

Tal com hem descrit a l'apartat 1.1.3, el model hegemònic de Sexualitat és el que ens diu com ens hem de comportar (o no), i com hem de sentir i pensar les nostres sexualitats. En aquest apartat, analitzarem alguns dels efectes que té per a la salut sexual de les persones i, per tant, com limita l'exercici dels seus drets sexuals.

El model hegemònic de Sexualitat, que hem caracteritzat a l'apartat 1.1.3 com a biològicista, coitocèntric, cis-heteronormatiu, sexista, adultocèntric, capacitista, occidental, i patologitzant, té una llarga història i instàncies socials molt poderoses que el legitimen. En el context actual, el discurs mèdic, que dona lloc al model biomèdic d'atenció a la salut sexual, és una de les instàncies que més fortament apunten al model hegemònic de Sexualitat i, a la vegada, el reproduïxen; és a dir, el legitimen a través, per exemple, de protocols i manuals, i, a la vegada, el reproduïxen, és a dir, imposen aquest model mitjançant les pràctiques mèdiques, el diagnòstic i l'atenció a les persones.

Precisament per això, l'àmbit sanitari és una de les esferes on més clarament es poden comprendre els efectes negatius del model hegemònic de Sexualitat sobre la salut sexual de les persones.

[...] “Malgrat el canvi substancial en la relació i comunicació entre el metge i el pacient, una de les majors limitacions mèdiques es continua situant en el pla de la normativitat sexual. Des d'una perspectiva crítica, el model mèdic ha interpretat la biologia basant-se en un model cultural que és sexista i homòfob; és per això que es consideren “anormals” tots els cossos que escapen del binomi “mascle/femella” i “home/dona” [...]”. (Gregori, 2016, p. 45)

Com a exemple d'aquesta afirmació, actualment els protocols internacionals que regulen els tractaments de nadons intersexuals recomanen l'hormonació i la reconstrucció genital (Fausto-Sterling, 2006).

Tot i que, de persones que no encaixen en els models de masculinitat i feminitat imperants a cada societat, n'hi ha hagut en totes les èpoques i en totes les cultures,³² el concepte de *transsexualitat* no va aparèixer fins a la primera meitat del segle XX i va ser creat per la medicina occidental per intentar explicar el comportament de persones que no encaixaven en el model de gènere que se'ls havia assignat. Aquest detall és rellevant perquè exemplifica d'una manera molt clara com la institució mèdica ha intentat individualitzar i essencialitzar malestars que tenen orígens socials i polítics a través de definir allò sa i allò malalt, és a dir, de marcar la frontera entre allò que és normal i allò que és patològic (Pardo, 2018). De fet, fins al 2017, el *Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals IV* de la Associació de Psiquiatria Americana³³ incloïa la transsexualitat com a trastorn psiquiàtric; actualment ha passat a anomenar-la “incongruència de gènere” mantenint un caràcter patologitzant. Així com l'homosexualitat era considerada un trastorn per les classificacions internacionals de malalties mentals fins al principi de la dècada dels noranta, la transsexualitat, encara avui, és considerada un trastorn mental (el trastorn d'identitat de gènere). Homes i dones trans*, doncs, topen en primer lloc amb aquesta patologització, que té nombroses conseqüències en la seva vida.

L'estudi *Diagnòstic de les realitats de la població LGTB de Barcelona* (Coll-Planes i Missé, 2009), assenyala que les persones LGTBI+ que relaten problemes en l'atenció en el context dels centres sanitaris els vinculen al tracte diferencial o discriminatori a causa de la seva identitat de gènere o la seva preferència-opció sexual. Algunes de les pràctiques discriminatòries que es recullen en aquest estudi tenen a veure amb faltes de respecte a la identitat de gènere de la població trans* i el seu dret a rebre una atenció lliure de patologització, amb la vulneració dels drets reproductius de lesbianes i del dret a una atenció ginecològica i urològica adient.

Un altre informe, en aquest cas de la Comunitat de Madrid, destaca que “las problemáticas en salud que afectan a la población TLGBQI no se derivan del hecho de tener una identidad de género trans* o una orientación sexual distinta a la heterosexual, sino por las dificultades que el modelo actual de salud tiene para integrar la diversidad como un asunto central y no periférico” (Fernández, 2017).

La normativitat imposada pel sistema sexe-gènere-Sexualitat no només afecta les persones LGTBI+, com hem explicat anteriorment, sinó que afecta el conjunt de la població. Així, per exemple, la normativitat imposada pel sistema sexe-gènere-Sexualitat interconnecta amb altres construccions socials com ara la “discapacitat”.³⁴ Les persones amb diversitat funcional, com mostren els rètols dels lavabos, no són concebudes socialment dins del problemàtic binomi home-dona. Aquest ordre simbòlic exemplifica com socialment se

32. Per aprofundir en aquesta qüestió, pots consultar l'exposició sobre gèneres no binaris que va tenir lloc en el marc de la Setmana per la Diversitat Afectivosexual i de Gènere 2018 a Barcelona. CJB (Consell de la Joventut de Barcelona). Disponible a: <http://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD26242.pdf>.

33. El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) és una de les obres de referència més importants utilitzades per diagnosticar i classificar les anomenades *malalties i disfuncions mentals*.

34. La discapacitat, com el gènere, és una construcció social. La concepció de les persones amb diversitat funcional com a “dis-capaces”, com a menys capaces o no capaces, constitueix l'origen de l'exclusió i la discriminació i, per tant, és imprescindible qüestionar contínuament aquesta percepció.

les expulsa del terreny de la Sexualitat i se les priva dels seus drets sexuals. “La societat segueix veient el col·lectiu estereotipat com a innocents asexuals i infants eterns o bé com a perverses hipersexualitzades” (García-Santesmases, Vergés i Almeda, 2017a).

En l'àmbit biomèdic, aquests estereotips capacitistes es tradueixen en una falta d'atenció mèdica a la salut sexual de les persones amb diversitat funcional de manera general i en greus vulneracions específiques de drets com ara l'avortament coercitiu, l'esterilització forçosa o el fet de desaconsellar “casi sistemáticamente sus embarazos por considerarlos de alto riesgo, ocultando su desconocimiento profesional para tratar una mujer con discapacidad en esta situación” (Peláez, Leonhardt i Martínez, 2009, p. 14). Els moviments de la diversitat funcional postulen que el cos (individual) no és el problema (social) i que precisament el mateix cos pot ser un territori des del qual construir la solució.

Volem acabar amb una altra cita de l'estudi de Sandra Fernández que considerem molt il·lustrativa de com el model biomèdic d'atenció a la salut sexual està condicionat pel model hegemònic de Sexualitat i, a la vegada, el reproduceix, de manera que repercuteix en la salut sexual de les persones:

“Justamente el estatus de vivir con VIH continúa siendo uno de los factores que producen sesgos en la atención sanitaria. Por un lado, el estigma, derivado de la moralización de la enfermedad, continúa estando presente. Este estigma se extiende al conjunto de la población gay por lo que se encuentra que, en el contexto sanitario, muchos hombres gays son interpretados como seropositivos antes de conocer su estatus serológico. Por otro lado, los jóvenes, las personas trans* y las migrantes continúan padeciendo condiciones de exclusión que las convierten en los sectores más vulnerables al VIH dentro de la población TLGBQI”. (Fernández, 2017)

Reduir les sexualitats a una qüestió clínicosanitària és amagar-ne la complexitat psicològica, cultural i social, perquè, en definitiva, la informació pretesament científica acaba sent mecanicista i conservadora; no canvia el model per nous models més igualitaris i plaents, i individualitza i posa el focus d'atenció sobre la patologia. Com diuen García i Pineda, (2010), “frente a los discursos biomédicos que solo hablan de peligros, enfermedades, trastornos y disfunciones, hay un nuevo camino: el de propiciar la reflexión personal y la búsqueda, no las recetas”.

1.2.3.4. Les possibilitats reals de canvi: cap a un nou model d'autonomia i empoderament.

Fins ara hem fet referència a les aportacions feministes a la promoció de la salut sexual. Aquestes aportacions ens ajuden a visibilitzar els efectes de les desigualtats estructurals sobre la salut sexual de les persones, a problematitzar les categories sexe-gènere-Sexualitat, a comprendre els efectes de les violències masclistes i del model hegemònic sobre la salut de les persones, i les limitacions del model biomèdic per abordar-los. En

definitiva, les aportacions feministes ens faciliten l'anàlisi dels contextos socials on intervenim com a agents comunitàries. Però també, i això és el que volem reflectir en aquest apartat, ens aporten elements i claus metodològiques per construir un nou model de promoció de la salut sexual de les persones i dels drets sexuals.

El model que es proposa des de l'enfocament feminista no és neutre (no hi ha cap model que ho sigui), està posicionat i té objectius polítics de transformació social i unes metodologies concretes per promoure-la. Aquestes metodologies, en primera instància, ens interpel·len a les agents comunitàries, com a agents de canvi. En segon terme, situa les persones com a protagonistes actives de la transformació dels seus contextos socials i de la construcció d'altres formes d'existència i mons possibles on puguem gaudir plenament dels nostres drets sexuals.

Els apartats següents desenvoluparan aquestes **claus feministes per a la promoció de la salut sexual en la intervenció comunitària**, però volem donar unes pinzellades sobre els elements que les caracteritzen:

- **La reflexivitat³⁵ de l'agent comunitària:** és l'habilitat per reconèixer que parteix d'un punt de vista concret que condiciona el procés de la intervenció comunitària de promoció de la salut sexual. Facilita la compressió de la posició social que ocupem com a agents comunitàries dins del context al qual ens dirigim.
- **La interseccionalitat:** ens facilita comprendre com s'interconnecten les desigualtats estructurals relacionades amb el gènere, la raça, la classe, les capacitats funcionals o la preferència-opció sexual, entre d'altres. Ens ajuda a entendre els efectes d'aquestes desigualtats sobre la salut sexual de les persones i com dificulten el gaudi dels drets sexuals.
- **Els coneixements situats:** aquesta clau està molt relacionada amb els elements anteriors. Es tracta de reconèixer i visibilitzar el lloc des del qual interpretem el món, la seva configuració en termes interseccionals i l'efecte que això té sobre els coneixements que produïm amb les nostres intervencions comunitàries. Es tracta, a més, d'incorporar un caràcter crític i transformador dels contextos socials.
- **El desplaçament de les diversitats al centre de la mirada:** possibilita desplaçar al centre de la intervenció comunitària totes les identitats i les situacions i maneres d'expressar i viure les sexualitatS i les relacions afectives d'una manera no jeràrquica.
- **El fet de situar les persones com a protagonistes i subjectes actives en la construcció dels seus drets sexuals,** en la detecció de les seves pròpies necessitats, i en la producció dels seus propis sabers, coneixements i estratègies de cura de la salut sexual.
- **L'aposta per generar processos col·lectius d'empoderament, agència i resiliència** que possibilitin a les persones construir una autonomia i ampliar la destresa per decidir sobre tot allò que té a veure amb les seves sexualitatS i la transformació dels seus entorns socials.

35. Més informació a l'apartat 1.3.1 d'aquesta guia.

El model que acabem de descriure implica qüestionar els enfocaments biomèdics de la promoció de la salut sexual basats en riscos biològics, i entendre la sexualitat com una part integral de la personalitat de cada individu en tot el cicle de vida, que inclou el gaudi, el plaer, la identitat. I, alhora, implica superar els enfocaments més tradicionals focalitzats en la salut reproductiva, que han vinculat la promoció de la salut sexual a la difusió dels mètodes anticonceptius.

Suposa, en definitiva, incorporar la mirada feminista a l'acció comunitària per prestar atenció a la dimensió estructural, però també emocional, dels problemes de la gent i respondre a les necessitats de les persones a través d'un treball igualitari amb les comunitats.

1.3. Com s'hi pot intervenir des de l'àmbit comunitari?

1.3.1. La reflexivitat de les agents comunitàries com a eina bàsica d'intervenció

Com a agents comunitàries, com a subjectes socials, ocupem múltiples posicions socials i estem constituïdes, igual que les persones amb les quals treballem, per contextos socials diversos. També tenim idees normatives al voltant del que una dona és o ha de ser, un home és o ha de ser, una lesbiana és o ha de ser, o un gai o una dona gran gitana o una noia amb diversitat funcional o un noi trans*, etcètera, i també sobre quina és la forma legítima de configurar els nostres vincles afectius, viure les nostres sexualitatS, cuidar la nostra salut sexual, entre moltes altres qüestions.

Aquestes idees apel·len a la normativitat imperant dels nostres contextos i, per transformar-les, serà necessari anar a l'arrel. Això és el que hem intentat en els apartats anteriors amb l'anàlisi de les desigualtats estructurals i del model hegemònic de Sexualitat. Però aquesta anàlisi no és suficient; necessitem un procés més profund per comprendre múltiples maneres d'existir, pensar, sentir i actuar, i viure les sexualitatS. En aquest sentit, la reflexivitat és una eina indispensable que ens facilita el pas de l'anàlisi teòrica a la pràctica operativa de la intervenció comunitària.

La reflexivitat és un procés de reflexió personal i col·lectiva en el qual es problematitzen qüestions d'índole pràctica i quotidiana, incorporades com a part del sentit comú dominant o de la normativitat imperant en el context.

Aquesta proposta, però, ens planteja un repte: fer-nos preguntes en l'àmbit professional i també en el personal implica entrenar la mirada no només cap als contextos d'intervenció sinó també cap a la pròpia realitat; mirar-nos al mirall i veure com els mandats de gènere, les premisses del model hegemònic de Sexualitat i les situacions de privilegi i de vulnerabilitat travessen les nostres vides personals i la nostra quotidianitat.

Els processos de reflexivitat, mitjançant preguntes recurrents, ens obliguen a exercir, a partir de la nostra pròpia experiència, una problematització constant del nostre treball per esbrinar si estem contribuint d'una manera més o menys subtil a la reproducció del model hegemònic de Sexualitat.

Abordar la promoció de la salut sexual partint de la reflexivitat és plantejar-nos, per exemple, el gènere no solament com allò normatiu, com allò que restringeix, sinó també com un entramat complex de vivències. És preguntar-nos: podem integrar la perspectiva feminista en els nostres projectes sense haver-nos qüestionat quina incidència té el gènere en la nostra quotidianitat personal, laboral, social, etcètera? Podem parlar de perspectiva de

gènere i no haver pensat en la nostra identitat de gènere, sexual, corporal, etcètera? Com s'articula això amb la nostra pràctica professional?

Cal que ens qüestionem a fons si realment estem generant una intervenció comunitària en salut sexual que assumeixi per anticipat una perspectiva complexa de la qüestió, i que reconegui que, per abordar-la, hem de superar certes inèrcies i revisar la nostra manera de mirar, sentir i, sobretot, retransmetre.

D'altra banda, la reflexivitat ens facilitarà mostrar la pluralitat de vivències, subjectes i experiències que tenen a veure amb les sexualitatS i que no s'acostumen a representar (per exemple, les experiències de dones trans* lesbianes), i que són positives, heterogènies, complexes. Contemplar, representar, abordar des de la promoció de la salut sexual aquestes vivències, ja no com a desviacions i anormalitats sinó com a diversitats, alternatives o opcions, és un compte pendent, fins i tot un deute, que tenim com a agents comunitàries.

En definitiva, la reflexivitat ens permet entendre els cossos, les sexualitatS, els vincles afectius, les relacions de gènere, les cures, etcètera, com a complexitats i multidimensionalitats difícilment aprehensibles des de les mirades que les simplifiquen. Com diria Haraway (1995), “pasemos de lo llano al relieve, a las texturas, a lo vivo, a lo encarnado”.

1.3.2. La intervenció comunitària des d'un enfocament de drets situat

Amb molta relació amb l'apartat anterior, abordem ara una altra de les eines que el model feminista aporta a la promoció de la salut sexual: l'enfocament situat. Situar-nos és reconèixer i visibilitzar el lloc des del qual mirem i interpretem el món. Situar-nos és dirigir la nostra mirada a les configuracions socials i analitzar-les críticament en termes interseccionals i polítics i, al mateix temps, situar-nos també és analitzar l'efecte d'aquestes configuracions socials sobre els sabers, les accions, les intervencions, els projectes que generem. Finalment, situar-nos també és compromís amb la transformació social i la construcció crítica d'altres formes d'existència i mons possibles.

Donna Haraway (1995) defineix els coneixements situats com “aquellos conocimientos que son parciales, localizables y críticos”. Són els coneixements que, a partir del seu caràcter fragmentat i encarnat i de la relació amb la subjectivitat des de la qual es produeixen, qüestionen radicalment el caràcter suposadament neutre de la producció científica.

Què significa portar a terme una intervenció comunitària des d'un enfocament de drets situat? Podríem respondre a aquesta pregunta amb tres paraules: consciència, crítica i transformació.

Una intervenció situada ens facilita:

- Entendre el context al qual ens dirigim.
- Qüestionar la nostra pròpia posició dins del context. Cap posició és neutra; ocupem una posició determinada que és convenient explicitar.

- Establir una relació igualitària i horitzontal entre l'agent comunitària i el grup d'intervenció.
- Afavorir el protagonisme actiu de les persones en la detecció de les seves pròpies necessitats i en la producció dels seus propis sabers i coneixements.
- Triar entre estratègies d'intervenció concretes segons el context i les persones a les quals ens adrecem, i prioritzar el treball col·lectiu.

1.3.3. La intervenció comunitària com a eina per a la construcció del dret a l'autonomia

Gaudir del dret a l'autonomia sexual implica la possibilitat de triar com volem construir la nostra identitat sexual i de gènere, els nostres afectes, les nostres preferències i opcions sexuals, i prendre decisions sobre els nostres cossos, sobre com volem viure les nostres sexualitatS, els nostres vincles o si volem o no tenir filles i fills, entre d'altres exemples.

El dret a l'autonomia sexual comporta poder prendre decisions lliurement sobre la nostra vida sexual dins del context social i de l'ètica pròpia. Inclou el plaer i el control dels nostres cossos i les nostres sexualitatS lliures de violències de qualsevol tipus. Exercir l'autonomia és un procés complex que Marcela Lagarde (2005) defineix com "tenerse a una misma como la protagonista de la vida, vivirse como el propio sentido de la vida". Com a agents comunitàries, hem de qüestionar-nos els aspectes següents: Com construïm les persones la nostra autonomia sexual? Quins elements l'afavoreixen i quins la dificulten? Com pot la intervenció comunitària facilitar processos de construcció d'autonomia?

A continuació, donem diverses **claus que s'han aportat des dels feminismes** i els moviments de dones per facilitar els processos de construcció de l'autonomia de les persones:

- **Reivindicar totes les persones com a subjectes polítics actius** i amb dret a decidir sobre els nostres cossos, les nostres sexualitatS, els nostres desitjos i les nostres vides. En aquest sentit, informar, analitzar, debatre amb la comunitat sobre els drets sexuals constitueixen els primers passos per obrir la porta a exercir aquests drets.
- Conèixer que **la negació de les sexualitatS de les dones ha estat el mecanisme mitjançant el qual s'ha negat el nostre dret a decidir lliurement sobre els nostres cossos**.
- Situar **el cos com a primer territori per ser alliberat**: reapropiar-nos dels nostres cossos és un dels primers passos per reapropiar-nos de les nostres vides. Parafrasejant Merleau-Ponty (1999), només quan el cos és subjecte es dirigeix cap a les possibilitats que li ofereix el món.
- Reconèixer que **els processos d'empoderament col·lectiu** enforteixen els mecanismes formals i informals que permeten a les persones tenir el control dels seus cossos i les seves vides.

El dret a decidir sobre el propi cos és la pedra angular des de la qual s'ha de construir l'autonomia. La possibilitat de poder decidir sobre el propi cos marca la diferència entre

ser subjecte de dret o ser objecte de Sexualitat, perquè, quan se'ns priva del dret a decidir sobre el propi cos, se'ns està negant, com a subjectes, la capacitat de prendre decisions sobre les nostres vides.

Per la importància que té el dret a decidir sobre el propi cos, a continuació mostrem algunes implicacions d'aquest dret que cal tenir presents en les nostres intervencions comunitàries en salut sexual:

- **Dret de les dones a l'avortament.** Per a la intervenció comunitària, és imprescindible comprendre les polítiques i els debats que es duen a terme a l'entorn de l'avortament com un tema cabdal. Perquè, tal com dèiem abans, quan se'ns priva del dret a l'avortament, se'ns priva del dret a decidir sobre el nostre propi cos i se'ns nega la capacitat de prendre decisions sobre les nostres vides. Mitjançant la prohibició de la capacitat de decidir què volem fer amb les nostres sexualitatS i com volem afrontar-ne les conseqüències, els nostres cossos i la nostra sexualitat esdevenen fiscalitzats, penalitzats i icona d'una ideologia fonamentalista, que nega fins i tot una qüestió tan bàsica com és el dret de les dones a decidir sobre la nostra vida.
- **Dret de persones trans* a decidir sobre el propi cos i la seva identitat sentida.** Fora d'un model biomèdic binari i patologitzador, pot comportar, si així s'escull lliurement, la modificació de l'aparença (a través de la medicina, la cirurgia o altres mitjans) i altres expressions de gènere, incloent-hi la indumentària, el llenguatge i la gestualitat.
- **Dret de les persones amb diversitat funcional a decidir sobre el propi cos.** És el dret a prendre les seves pròpies decisions sobre les seves sexualitatS. Recollim aquí les reivindicacions dels moviments de diversitat funcional a l'accés als drets sexuals, incloent-hi l'assistència sexual que permeti, a les persones que ho necessiten, suport per accedir sexualment al seu propi cos o dur a terme pràctiques sexuals amb altres persones.

Juntament amb el dret a decidir sobre el propi cos, el segon element angular per construir autonomia és l'empoderament. L'empoderament és un procés que col·loca les persones com a protagonistes i subjectes actives en la construcció dels seus drets.

Aquest terme ha passat a formar part del nostre lèxic feminista i de les nostres pràctiques des de fa temps. El concepte apareix per primera vegada en el llibre de Barbara Solomon *Black Empowerment: Social Work in Oppressed Communities* el 1976, però no es va fer popular fins al final de la dècada dels vuitanta, a través de l'obra de Carolina Moser sobre l'anàlisi de gènere el 1989 (Moser, 1989). Diversos moviments van exercir influència en l'aparició d'aquest concepte: el moviment negre, les campanyes d'alfabetització de Paulo Freire, l'anarquisme, el marxisme i, per descomptat, el moviment de les dones, que va ser el que va donar carta de ciutadania a l'empowerment. Per exemple, se'n parla a la Quarta Conferència Mundial sobre la Dona, celebrada a Pequín el 1995, que va constituir un punt d'inflexió important per a l'agenda mundial d'igualtat de gènere.

Malgrat la potencialitat transformadora del terme, en l'actualitat hi ha moltes ambigüïtats i significats vinculats al concepte; es tracta d'un concepte polisèmic que es fa servir en multitud d'àmbits, com ara la cooperació al desenvolupament, les polítiques públi-

ques, els moviments socials i, fins i tot, en l'àmbit empresarial. De fet, moltes vegades l'empoderament s'identifica amb l'autonomia econòmica de les persones i no estem segures de si això ens porta a un món millor...

Potser amb tants significats i usos necessitem acotar una mica la nostra definició. Nosaltres entenem l'empoderament:

- **Com a concepte polític** que tracta de subvertir les relacions de poder; quan es despolititza ja no té sentit. Volem processos polítics individuals i col·lectius.
- **Com a presa de consciència individual (i subjectiva) per adquirir drets;** té a veure amb prendre consciència de les normes socials, per exemple, les heteropatriarcal, i subvertir-les en la pròpia experiència. També té a veure amb explorar el món més enllà de les fronteres que ens han ensenyat a no creuar.
- **Com la recuperació o l'increment dels nivells d'habilitats i competències que ens fan ser protagonistes de les nostres vides;** l'empoderament ens permet aprendre a tornar a aprendre, a prendre decisions i a guanyar autonomia.
- **Com l'ampliació de les possibilitats d'agència i resiliència de les persones** per actuar davant situacions adverses en les quals es hi ha algun tipus de subordinació social, i també de la capacitat per transformar-les.
- **Com un procés, un camí, a llarg termini.** No és un estat o una fita que adquirim en un moment determinat en el temps, una sola vegada; ens empoderem en múltiples moments i fases de la vida.
- **Com a oportunitat de transformació social, perquè és individual i col·lectiu alhora.** És un procés individual relacionat amb l'increment d'autoafirmació, de la confiança i de l'autoestima i, alhora, té més força i més sentit si és col·lectiu. Una no s'empodera sola; juntes, la capacitat de canvi es multiplica i es reforça.

Per generar els processos d'empoderament de les persones és important tenir en compte les barreres que dificulten l'exercici dels drets sexuals i, a la vegada, incorporar les estratègies que les persones han fet servir davant les situacions de vulneració de drets viscuudes. A part de qüestions formals i institucionals (lleis, programes públics i privats) més visibles, cal parar esment a les estratègies de suport mutu i solidaritat més informals, que històricament han desplegat les persones per exercir els seus drets sexuals: des de la defensa contra les violències masclistes fins a l'avortament; des de la lluita contra la LGTBI-fòbia fins al dret de les persones amb diversitat funcional a l'assistència sexual, etcètera. Això permet sortir d'un enfocament victimista, entendre les persones com a agents de canvi i reconèixer el seu paper en el desenvolupament dels seus drets.

Treballar des de l'enfocament de l'autonomia i de l'empoderament implica considerar les persones com a agents de canvi capaces de mobilitzar-se i actuar a favor dels seus propis drets i necessitats. És important tenir en compte que l'autonomia no només forma part del procés d'empoderament sinó que és un procés en si mateix, gradual, relacional i, evidentment, a llarg termini. Aquest enfocament ens permet evitar caure en l'assistencialisme, és a dir, en intervencions socials que beneficien les necessitats immediates de les persones, però que no potencien elements perquè les persones puguin exercir els seus drets al

llarg de la vida. I és que, per mobilitzar-nos i actuar en favor dels nostres drets i necessitats, les persones necessitem també processos col·lectius.

L'empoderament és, precisament, enfortir els mecanismes formals i informals que permeten a totes les persones tenir el control dels seus cossos i les seves vides. Cal entendre l'exercici dels drets sexuals com a part d'un procés d'empoderament en el qual les persones s'agenciïn aquests drets i se n'apropriïn. En aquest sentit, cal destacar la importància d'apropriar-se dels drets sexuals perquè deixin de ser drets en llei (paper) i passin a ser part de la identitat de les persones, part de les seves vides; és el que s'anomena *drets sentits*.

L'abordatge dels drets sexuals des de l'autonomia i l'empoderament permet que col·loquem al centre del nostre discurs el cos i els desafiaments quotidians que cada persona enfronta/confronta amb el seu cos, amb els seus sentiments, amb el seu plaer, amb les seves pors, amb els seus dubtes sobre com vol viure la vida ("la transcendència"). El gran repte és, doncs, donar empenta a processos de reflexió i de canvi a escala individual i col·lectiva, processos, en definitiva, de generació de massa crítica.

Elements per facilitar processos d'empoderament individual i col·lectiu

- L'empoderament és un procés únic i diferent per a cada persona o grup de persones. Cap persona s'empodera sola; sempre es tracta d'un procés col·lectiu, comunitari.
- Les comunitats sempre són diverses pel que fa a relacions de poder, habilitats, sabers i coneixements, però també pel que fa a cossos, procedències, cultures, capacitats i expressions i preferències sexuals diferents. També cal tenir presents les creences, adhesions polítiques, ideologies i religiositats. És per tot això que els processos d'empoderament també seran diversos.
- L'empoderament possibilita que les persones guanyin poder, autoritat i influència sobre la pròpia vida i l'entorn social. Es construeix amb el desenvolupament d'altres elements, com ara:
 - Poder de decisió propi.
 - Accés a la informació i als recursos per prendre una decisió apropiada.
 - Destresa per comunicar amb assertivitat la presa de decisions.
 - Capacitats per fer canvis que transformin el context quotidià.
 - Habilitat per aprendre i per millorar el propi poder personal o de grup.
 - Millora de l'autoimatge i superació de l'estigmatització.
 - Participació en un procés de creixement personal i de canvis continus





Bloc 2.

Experiències situades

2.1. La deconstrucció de la Masculinitat hegemònica com a promoció de la salut

- 2.1.1. El risc com a mandat: estereotips i rols de gènere masculinitzats en l'àmbit de la Sexualitat hegemònica
- 2.1.2. Estratègies per qüestionar el model hegemònic de masculinitat i promocionar la revisió i el canvi de la identitat masculina
- 2.1.3. Elements per a la prevenció d'agressions sexistes a l'hora de treballar amb població masculina

2.2. Les cures des de la perspectiva feminista en la gestió de les sexualitatS

- 2.2.1. Les cures en la vivència de les sexualitatS com a peça clau de la promoció de la salut sexual
- 2.2.2. Estratègies per a la promoció de cures en salut sexual des d'una perspectiva interseccional que permeti tenir en compte tots els plaers, tots els cossos i totes les pràctiques sexuals i les seves necessitats
- 2.2.3. La prevenció del VIH i altres ITS des de l'abordatge integral comunitari

2.3. Promoció de la salut sexual i reproductiva des d'una perspectiva interseccional i situada

- 2.3.1. El paper de la gestió reproductiva en el projecte vital
- 2.3.2. Opcions reproductives
- 2.3.3. La interrupció voluntària de l'embaràs

2.1. La deconstrucció de la Masculinitat hegemònica com a promoció de la salut

En aquest apartat, posem en el centre del debat, d'acord amb tot el que hem plantejat fins al moment, la qüestió de la masculinitat. La intenció és repensar la qüestió de la masculinitat com a posició de privilegi i no pas com una identitat “essencial”. Aquest plantejament ens permet entendre, en primera instància, que aquesta posició pot ser ocupada des de corporalitats diferents, és a dir, no només per persones que s'identifiquen com a homes heterosexuais sinó també per persones que es poden identificar com a intersexe, dones, trans*, lesbianes o gais.

El que ens interessa és mostrar com l'ocupació d'aquesta posició implica una sèrie de lògiques, derivades del sistema sexe–gènere–Sexualitat,³⁶ que tenen a veure amb les relacions que configuren el camp social. Per tant, si bé qualsevol corporalitat pot ocupar la posició de masculinitat, no totes estan legitimades per fer-ho i, a més, per fer-ho amb èxit (ser reconegut socialment), serà necessari reproduir una certa *performance* de gènere determinada per l'heterosexualitat.

És en aquest sentit que podem afirmar que **la masculinitat no és cap essència**, ni un atribut que existeixi a priori sinó que, per desplegar-se, necessita la reproducció dels mandats de gènere. Això implica que, per ser reconegut com a home, com a home amb èxit, s'han de repetir les normes socials de la Masculinitat hegemònica.

Aquestes normes no les podem obviar, però al mateix temps ningú no podrà repetir-les mai al 100%, ningú no podrà reproduir exactament el que dicten els mandats sinó que sempre, en la seva repetició, es desplaçaran i es resignificaran. Per això, no parlem de *masculinitat* en singular, sinó de *masculinitats* en plural. I, per comprendre les masculinitats en plural, no podem pensar-les des d'allò abstracte com si és tractés d'identitats fixes i estables, sinó que haurem de comprendre-les en relació amb els altres eixos de poder que les configuren. Per exemple, si pensem en un home, el que farà singular la seva experiència de masculinitat serà el conjunt d'elements i relacions socials que s'intersequen: si és cis, trans*, heterosexual, bisexual, gai, blanc, racialitzat, precari, de classe mitjana, estudiant, d'origen urbà, amb creences religioses i un llarg etcètera que situarà aquesta persona en posicions de poder diferents, depenent dels eixos. Així doncs, podem dir que hi ha un conjunt ampli i variat d'elements que singularitzaran la seva experiència de masculinitat, però, al mateix temps, per fer que aquesta experiència pugui ser compresa i socialment reconeguda, ha de reproduir les normes de la Masculinitat hegemònica, en majúscula i en singular.

36. Més informació a l'apartat 1.3.1 d'aquesta guia.

La representació social de la Masculinitat hegemònica es presenta com a forta, vigorosa, activa, violenta, etcètera, però també blanca, de classe alta, amb capacitats estàndards, jove, ajustada als cànons de bellesa. Això ens dona pistes de qui es queda fora del club de la Masculinitat. Per exemple, des dels moviments socials de la diversitat funcional, alguns activistes com Antonio Centeno assenyalen que els homes amb diversitat funcional estan exclosos de la Masculinitat i pateixen el malestar d'un model de gènere tan rígid. Altres activistes com Andrea García-Santesmases i Asun Pié Balaguer (2015) assenyalen que els homes amb diversitat funcional pateixen violència heteropatriacal com a conseqüència de tenir unes corporalitats, comportaments i pràctiques que no compleixen amb els mandats (productivitat, activitat, potència, valentia, virilitat, força, etcètera) de la Masculinitat hegemònica.³⁷

Al mateix temps, si ens fixem en els anuncis publicitaris de qualsevol gimnàs on la testosterona sembla la principal protagonista, trobarem homes aspirant a produir un cos que encaixi amb la norma. I és que, com hem comentat, la Masculinitat hegemònica necessita una repetició de les normes, una *performance* de gènere que ocupi molt espai corporal físic (però també amb la mirada, la paraula, el riure), d'actes que denoten o que manifesten la posició de poder que ocupa, la jerarquització sobre la qual se sustenta i que situa per sota tota la resta de subjectes socials.

Aquesta jerarquització se sosté a través del mecanisme de la violència i l'exclusió. Per tant, la *performance* de la Masculinitat hegemònica sempre estarà relacionada amb les violències d'alguna manera i haurà d'estar contínuament diferenciant-se d'allò femení i d'allò feminitzat socialment, és a dir, d'allò subordinat. La Masculinitat només pot ser possible si hi ha una feminitat amb la qual contrastar-se i confrontar-se, que sempre serà considerada inferior. Aquesta feminitat tampoc no és cap essència biològica sinó que actua com a metàfora de la resta de posicions socials subordinades, posicions feminitzades.

Aquestes idees ens donen claus per entendre les violències masclistes. L'educació rebuda naturalitza i normalitza les violències masclistes cap a les dones i les invisibilitza. Violències quotidianes com ara els acudits sexistes, el fet de compartir fotos de caràcter sexual als xats, tirar floretes, veure pornografia en què es denigra les dones, ser un bavós a l'hora de lligar, dir a un altre home "marieta" com a forma de desprestigiar-lo, són exemples de violències invisibles que ens parlen del context quotidià i impune de les violències masclistes. La violència consubstancial que acompanya al model hegemònic de Masculinitat desplega ones que afecten tots els subjectes socials: les dones, altres homes (a través de l'homofòbia, la pressió de grup, la dinàmica de defensa i atac) i ells mateixos a través del mecanisme del risc com a mandat que abordarem en l'apartat següent.

37. "Aquesta posició *outsider* pot ser viscuda com una expulsió de l'espai desitjat o com un alliberament de les normes i exigències que hi regeixen. El canvi corporal no condueix automàticament a la ruptura dels imaginaris tradicionals de gènere i la promulgació de pràctiques i valors alternatius en aquest sentit, però sí que potencia la modificació i el qüestionament de certes pautes en relació amb la masculinitat i la feminitat hegemòniques." (García-Santesmases, Vergés i Almeda, 2017b, traduït de l'anglès).

2.1.1. El risc com a mandat: estereotips i rols de gènere masculinitzats en l'àmbit de la Sexualitat hegemònica

En aquest apartat, volem reflexionar sobre com s'aprèn a ser home i com això afecta la manera de viure les sexualitats i les decisions que es prenen sobre la pròpia salut sexual. El cos dels homes és, en general, percebut com a menys complex que el de les dones i la relació amb els genitals és animada i celebrada des de petits: es parla de pol·lucions i de masturbació amb naturalitat. No obstant això, aquesta naturalitat no comporta en absolut que es tingui més cura del cos. Més aviat genera l'efecte contrari. La masculinitat tradicional celebra l'autosuficiència i l'autocontrol i condemna tenir cura d'un mateix, associa la malaltia a la falta de vigor i la consulta mèdica es considera un fracàs. De fet, aquests mateixos valors masculins (valentia, força, virilitat) són els que condueixen molts homes a assumir pràctiques de risc (conducció temerària, esports extrems, consum de drogues, per posar-ne alguns exemples) que, de manera significativa, produeixen lesions permanents (Castells i Subirats, 2007).

Las pràctiques de risc, homosexuals o heterosexuales, són l'expressió d'un model que minimitza els riscos i que col·loca la noció de tenir cura en les dones, que assumeixen la sobrecàrrega d'ocupar-se de la salut de la família, de la prevenció i de l'anticoncepció. En aquest sentit, Luis Bonino (2011, p. 184) destaca que els valors associats a la Masculinitat "favorecen la producción de maltratos de diversos tipos con graves daños para la salud y la vida de mujeres y niños, incluida la inducción a la drogodependencia, y graves efectos sobre la salud sexual y reproductiva tales como la reticencia o falta de participación masculina en la anticoncepción y la poca participación en el embarazo y la crianza, o las paternidades no deseadas y el abandono de los hijos, así como el contagio de infecciones de transmisión sexual por rehusarse al uso de medios preventivos".

Podem afegir-hi també una percepció de la sexualitat masculina com a necessitat; l'excitació és una mena d'impuls sexual incontrolable, un malestar o tensió abrusadora que s'ha de treure de sobre com abans millor: "el placer es visto como una manera de descargar tensiones, de liberarse de la excitación y del deseo" (Calvo, 2008).

Aquesta manera d'entendre el funcionament de la sexualitat masculina naturalitza les relacions de desigualtat entre homes i dones, genera malestar quan no es pot complir "com un home" i actua com un factor de vulnerabilitat en influir en les decisions que els homes prenen respecte de la cura de la seva salut sexual. Al mateix temps, legitima i produeix violències sexuals contra les dones amb fortes repercussions; és en aquest sentit que entenem la Masculinitat hegemònica com un factor de risc per a la salut sexual de les persones.

Competir com a manera de demostrar la nostra vàlua com a homes, de viure'ns i veure'ns sotmesos a la tirania de ser un home heterosexual poderós que ha de lligar molt i sempre, de no demostrar sentiments i, a més, de ser un ésser suprem en totes les relacions sexuals, és una situació que genera desigualtats, injustícies i malestars. Ens col·loca en llocs on no volem estar i col·loca les dones en una situació de subordinació que no es mereixen.

Per tot el que hem comentat, la promoció de la salut sexual amb la mera recomanació de l'ús del preservatiu o de les pràctiques segures serveix de poc si no va acompanyada d'un treball de fons que qüestionari el model de Masculinitat.

Per abordar aquest treball de fons, apostem per obrir una porta que gairebé mai no s'explora en els homes: la de la vulnerabilitat. Aquesta porta ens permet explorar els estereotips vinculats a "donar la talla", la mida del penis, l'ejaculació precoç, etcètera, per revelar la part performativa de la seva posició de poder i per deixar de representar la Masculinitat com una cosa intocable i inamovible.

A través de la capacitat transformadora de la vulnerabilitat, podem desmitificar la potència masculina. Aquest és un treball indispensable per desmuntar la cultura del risc com a mandat i per trencar les dinàmiques de representació del poder i les complicitats masculines, que generen profundes violències, la vulneració dels drets sexuals i la disminució de la salut sexual de les persones.

Obrir la porta a la potencialitat transformadora de la vulnerabilitat i animar els homes a construir una mirada crítica sobre la Masculinitat és, però, un procés complex. El camí és llarg; requereix tenir en compte contínuament la manera de pensar, sentir i actuar, l'articulació de les relacions socials i dels vincles, sabent que, de partida, s'ocupa una posició privilegiada. Ens podem trobar amb moltes resistències, amb la incomoditat que genera la culpa, amb el miratge de la igualtat... i és que la revisió crítica de la Masculinitat comporta la renúncia de certs privilegis, deixar d'ocupar espai, repensar la identitat pròpia i la relació amb les i els altres.

És per tot el que hem exposat que, per a la promoció de la salut sexual i dels drets sexuals, considerem indispensable generar intervencions comunitàries enfocades a repensar críticament la qüestió de la Masculinitat; a mostrar els privilegis masculins com a privilegis masculines, com una recompensa no desitjable per a les nostres vides i les nostres comunitats; en definitiva, a generar processos col·lectius de transformació política que contribueixin a una societat més justa.

2.1.2. Estratègies per qüestionar el model hegemònic de masculinitat i promocionar la revisió i el canvi de la identitat masculina

A continuació, presentem un conjunt d'estratègies que ens faciliten obrir espais de qüestionament del model hegemònic de Masculinitat:

- Crear espais on s'expressin les opinions sobre el gènere, les percepcions i les experiències a través de les quals es construeixen la masculinitat i la feminitat.
- Evitar caure en la imatge estereotipada de la Masculinitat hegemònica encarnada per algú altre molt allunyat de nosaltres i entendre que totes les persones socialitzades

com a homes tenen coses que cal revisar, ja que el poder i els privilegis són una qüestió estructural. Per tant, el primer pas és ser conscients de com estem actuant per mantenir i reforçar aquesta societat masclista.

- Visibilitzar que l'educació emocional i sexual que han rebut les persones socialitzades com a homes les ha posicionat en un lloc de privilegis. Renunciar als privilegis no és fàcil, perquè suposa renunciar al poder que s'assigna socialment de manera injusta.
- Parar atenció als aspectes que construeixen la Masculinitat, és a dir, els processos de socialització diferencial: visibilitzar la masculinitat com una cosa que ha de ser constantment demostrada a través de mecanismes com l'atac constant i la pressió de grup. I generar processos de reflexió sobre com trencar aquestes lògiques, que generen desigualtats i malestars.
- A l'hora de construir nous discursos sobre les masculinitats, primer de tot i com a premissa imprescindible, situar en un lloc central el rebuig a qualsevol manifestació de violència masclista i violències sexuals. Treballar els costos de la masculinitat tradicional, sustentada en el sexisme i l'homofòbia. Trencar amb l'estratègia de no-traïció de les complicitats masclistes, i visibilitzar-les també com a violències masclistes.
- Treballar a escala individual per canviar les dinàmiques relacionals entre homes i dones, per tal de construir formes de relació igualitàries i respectuoses que ens permetin, a totes i tots, poder viure en llibertat; però també incloure-hi la perspectiva comunitària: el treball individual és necessari, però no suficient, ja que es tracta d'una qüestió col·lectiva que requereix transformar políticament l'estructura social.
- Apostar per una proposta radical de transformació social que posi en el centre l'afectivitat, la vulnerabilitat i les cures.

2.1.3. Elements per a la prevenció d'agressions sexistes a l'hora de treballar amb població masculina

A l'hora de dur a terme intervencions en salut sexual i incorporant com a objectiu de primer ordre la prevenció de les agressions sexistes, considerem que és imprescindible tenir en compte els processos de construcció i socialització de la Masculinitat hegemònica. Proposem un treball específic d'alguns discursos i creences molt arrelats en la nostra societat, per prevenir les violències masclistes:

- **Cal trencar l'associació que fa la Masculinitat hegemònica entre sexualitat, poder, possessió.** És necessari revisar críticament les maneres de relacionar-nos afectivament i sexualment; el que hem après i està legitimat socialment moltes vegades no ajuda a crear relacions realment igualitàries i respectuoses.
- És important entendre que **qualsevol agressió, de qualsevol mena, és una forma d'agressió sexual cap a les dones.** Trencar amb aquestes formes i deslegitimar-les és un gran pas.

- **La impulsivitat sexual masculina no és la causa de les violències sexuals.** Les causes de les violències sexuals estan arrelades en les creences socials masclistes que legitimen el dret de poder agredir, abusar i controlar els cossos, la sexualitat i, en definitiva, la vida de les dones.
- És imprescindible **aprendre a identificar, desnaturalitzar i deixar de normalitzar les violències sexuals.** O renunciem al masclisme quotidià o les violències sexuals mai no desapareixeran. Qualsevol acte, per petit que sigui, contribuirà a posar fi a la societat masclista i, per tant, a les violències sexuals.
- I, per acabar, **en el cas del context d'oci nocturn, cal entendre que es tracta d'un espai que té la particularitat d'assumir una alta tolerància a l'assetjament i a les agressions de caràcter sexual.** Socialment, el consum d'alcohol i altres drogues és llegit com un atenuant per als homes que agredeixen, mentre que, a les dones que són agredides, si hi ha consum, es tendeix a carregar-les de la culpa d'haver patit una agressió masclista. "Assetjar no és lligar": cal trencar amb el clima d'impunitat davant l'assetjament i les agressions, a vegades, normalitzades.

2.2. Les cures des de la perspectiva feminista en la gestió de les sexualitatS

2.2.1. Les cures en la vivència de les sexualitatS com a peça clau de la promoció de la salut sexual

Com entenem la cura? A qui es cuida? A qui cuida? Des d'on es cuida? Són preguntes que poden ajudar-nos a ressituar-nos en la visió i el valor que han tingut les cures en la nostra societat.

En aquest apartat, volem reflexionar al voltant dels valors vinculats amb les cures per ajudar les agents comunitàries a incorporar, en les seves intervencions, estratègies de cures de la salut sexual que tinguin presents com a objectius:

- Transformar les creences i les dinàmiques associades a les cures, arrelades en la cultura patriarcal.
- Positivitzar, donar valor i donar centralitat a les cures relacionades amb la salut sexual.

Les societats, com hem comentat,³⁸ es mantenen a través de sistemes de creences. Un dels valors que determina aquest sistema és el de les cures, que inclou la cura d'una mateixa i la cura "dels i de les altres". Així podem recollir aquesta definició:

[...] "La cura és una activitat específica que inclou tot el que fem per mantenir, continuar i reparar el nostre món, de manera que puguem viure-hi tan bé com sigui possible. Aquest món inclou els nostres cossos, el nostre ésser i el nostre ambient, tot el que busquem per entreteixir una complexa xarxa del sosteniment de la vida". (Fisher i Tronto, 1990; citat a Tronto, 2006, p. 5, traduït de l'anglès)

Aquesta definició inclou tant les cures cap a una mateixa com les cures cap "als i les altres". No obstant això, i d'igual manera que altres pràctiques quotidianes, les cures s'han vist determinades pel sistema de creences heteropatriarcal que ha donat lloc a una sèrie d'idees, concepcions i explicacions al seu voltant. Així, els mandats de gènere construïts socialment col·loquen les dones en el marc de les cures, atorguen a les dones la responsabilitat de les cures i fan de les dones "les cuidadores nates" d'una cura per a l'"altre" (la parella, la filla o fill, la família, l'equilibri, la terra, la pau... i tota la resta del món mundial).

38. Més informació a l'apartat 1.1 d'aquesta guia

És per això que nosaltres definim cures com les activitats que es duen a terme per al manteniment de la vida i la salut, històricament relegades a l'àmbit privat i atribuïdes a les dones, com a conseqüència directa de la separació dels espais i funcions de dones i homes dins del sistema patriarcal.

Els mandats de gènere també expliquen que les dones “sabem cuidar” i que practicar la cura forma part de la nostra herència cultural. Així, la disponibilitat, l'amabilitat, la confortabilitat, el saber estar conflueixen en aquesta cura de l'altre o l'altra. Els valors de la feminitat estan fets per “sostenir” (fins i tot el sistema heteropatriarcal mateix) i així es configuren els nostres vincles emocionals.

[...] “El hecho de que las mujeres seamos consideradas seres emocionales en mayor medida que los hombres (y en consecuencia –no lo olvidemos– *más capaces para cuidar*), es una construcción social y a la vez uno de los principales instrumentos de subordinación social, puesto que diferencia y jerarquiza las aportaciones y los espacios ocupados por unas y otros”. (Esteban, 2017)

Aquesta construcció social del gènere des del model hegemònic comporta, tal com esmentem més amunt, que les maneres de *ser dona* i de *ser home* i les seves formes d'expressió també passin per les formes en què aprenem a sentir, un element clau en la pràctica de la cura.

[...] “Las diferentes formas de entender y de vivir las emociones y los sentimientos en distintas sociedades o grupos sociales no son ajenas a las relaciones de poder. Las emociones no son algo dado sino que son maneras de valoración general sobre el mundo y las relaciones sociales. Al margen de que la capacidad emocional humana sea universal, sentimos en unas determinadas coordenadas sociales, políticas y económicas, y las emociones sirven para canalizar dilemas, conflictos, tensiones, como todo lo relativo a la sostenibilidad de la vida. Es evidente que es un contexto moral y político el que hace que las mujeres desarrollen esa forma de vivir, practicar el cuidado y sentir el cuidado”. (Esteban, 2017)

Per això, resulta imprescindible revisar i crear un debat a l'entorn del concepte de *cures*, enteses, tal com es proposava des del marc de l'economia de les *cures*, com un conjunt d'activitats que es duen a terme quotidianament tant en l'esfera pública com en l'esfera privada, i que permeten fer front a les necessitats físiques, psicològiques i emocionals que tenim les persones al llarg del cicle vital. Aquesta noció, impulsada des de l'economia feminista, pretén polititzar les cures i construir-les com un objecte d'intervenció pública i d'acció social i econòmica.

La manera d'entendre les cures té conseqüències fonamentals en la salut sexual, tal com l'hem conceptualitzat en els blocs anteriors; d'una banda, el que és emocional forma part activa de l'establiment de vincles i afectes i és viscut com una dimensió clau en el context de les sexualitats. I, de l'altra, com ens construïm d'acord amb el gènere, és a dir, les maneres de *ser dona* i de *ser home* i les seves formes d'expressió emocional i comportamental, afecta com s'és objecte o subjecte de la cura; en definitiva, com ens vinculem i ens relacionem amb les “altres” i com entenem la salut sexual.

Tal com hem esmentat abans, les característiques del que és femení (la disponibilitat, l'amabilitat, la confortabilitat, el saber estar, etcètera) s'adrecen a les cures de l'altre i això, per exemple, fa que durant les relacions sexuals (heteropatriarcals) també es tradueixi a estar pendent de les necessitats de l'altre i a satisfer-les abans que les pròpies, cosa que comporta, entre d'altres efectes, relegar el propi plaer al de la parella. Dins aquest àmbit de la salut sexual trobaríem un altre exemple en les dificultats per parlar sobre mesures de prevenció.

En aquest sentit, la idea de posar fi a aquestes dualitats generalitzades és un objectiu de primer ordre per a la promoció de la salut que ens ofereix algunes pautes i ens porta a una redefinició de les cures per a un abordatge molt més ampli i complex de tots els continguts relacionats o relacionables amb les cures en salut sexual.

Algunes concepcions sobre la identitat dels subjectes poden ajudar-nos a generar altres marcs de relació en i per a la sostenibilitat de la vida. Destaquem tres concepcions que ens semblen clau per redimensionar les cures: **el concepte de vulnerabilitat, el concepte d'interdependència i el principi d'autonomia.**

Per a Butler (2006), els subjectes som **interdependents i vulnerables** per la qual cosa establim una relació de dependència mútua amb la resta de subjectes. La vulnerabilitat i la interdependència ens ajuden a pensar les interseccionalitats de les nostres identitats i les de les altres persones, així com la nostra responsabilitat i la nostra capacitat d'acció vers les cures.

Totes les persones existim en situacions de vulnerabilitat. La vulnerabilitat és constitutiva de la identitat (allò humà és vulnerable). La vulnerabilitat es pot explicar davant la presència i la vivència de la pèrdua: tant de persones properes com de béns o de reconeixement social. Aquesta presència constant de la pèrdua en la nostra vida fa que ens pensem com a éssers vulnerables i, per tant, dependents les unes de les altres. Adonar-nos d'aquesta vulnerabilitat fa que ens reconeguem que vivim en una situació d'interdependència "en un mundo de seres por definición físicamente dependientes unos de otros, físicamente vulnerables al otro" (Butler, 2006, p. 53).

També implica lluitar per fer que es reconegui que la nostra vulnerabilitat, les necessitats diferents en cada cicle vital i les cures (i també l'autocura) estan intrínsecament lligades a satisfer i a atendre les necessitats que puguem tenir en cada moment vital.

Entendre la vulnerabilitat des d'aquesta proposta comporta reconèixer que necessitem a les altres persones que donen sentit a la nostra vida i la fan més *vivable* i que, fora d'aquesta sociabilitat que implica la vulnerabilitat humana, no ens és possible construir políticament cap alternativa col·lectiva.

És aquest reconeixement de la vulnerabilitat el que estableix les bases de la intervenció comunitària, i fa que totes les persones que formem part d'aquesta comunitat compartim l'experiència de la pèrdua. Adoptar una postura ètica i política que incorpori la vulnerabilitat, la interrelació i les interdependències suposa l'acceptació de les nostres responsabilitats: se'ns insta a respondre a les demandes de les persones, conegudes o no, i alhora se'ns reafirma que, atesa la nostra indiscutible vulnerabilitat, necessitem les altres per sobreviure i viure una vida digna.

D'altra banda, l'**autonomia** deriva del concepte *capacitat-competència* i suposa el dret a prendre les decisions que ens concerneixen vitalment, fins i tot d'equivocar-se a l'hora de fer la pròpia elecció. **Autonomia significa, en l'àmbit de la salut, bàsicament 'empoderament'**. I, en tot això, cal tenir en compte dues condicions essencials: posseir la llibertat necessària per actuar d'una manera independent i tenir la capacitat per actuar intencionadament. Aquestes dues condicions comporten, d'una banda, l'eliminació de qualsevol violència que pogués impossibilitar l'exercici d'aquest dret, i, de l'altra, facilitar les eines i els recursos adaptats a cada moment vital que capacitin les persones per prendre decisions informades sobre la seva salut sexual. Tot plegat suposa novament la necessitat de garantir els drets sexuals.

Qualsevol intervenció en salut comunitària ha de pretendre no només millorar la salut de la comunitat sinó també les capacitats de les persones que la componen, perquè decideixin per si mateixes quins aspectes de la seva salut són millorables i com han de millorar-se. Així, l'OMS, en el seu compromís per la promoció de la salut esmentava explícitament:

[...] “[Se comprometen] a reconocer que los individuos constituyen la principal fuente de salud; a apoyarlos y capacitarlos a todos los niveles para que ellos y sus familias y amigos se mantengan en buen estado de salud; del mismo modo se comprometen a aceptar que la comunidad es el portavoz fundamental en materia de salud, condiciones de vida y bienestar en general”. (OMS, Salud i Benestar Social Canadà i Associació Canadenc de Salut Pública, 1986)

La redefinició crítica de les cures ens permet transcendir els mandats i les normes imperants i trobar fórmules creatives més **autònomes** per a la cura de la nostra salut sexual, però també més **solidàries, recíproques** i basades en el **suport mutu**. Ens porta a repensar-nos a nosaltres mateixes i a ser una mica més autònomes, però també ens permet repensar com construïm i vivim els nostres vincles amb les altres persones, i alleugerir-nos de les imposicions normatives.

Aprendre a desenvolupar les cures des d'aquest enfocament ens permet gaudir dels nostres drets i pot ser un bon camí per reapropiar-nos de l'espai robat, un acte polític transformador amb significat propi que reivindica el nostre dret a viure les nostres sexualitats de manera plena i plaent.

2.2.2. Estratègies per a la promoció de cures en salut sexual des d'una perspectiva interseccional que permeti tenir en compte tots els plaers, tots els cossos i totes les pràctiques sexuals i les seves necessitats

Partim de la premissa d'entendre la **salut sexual** de la manera següent: “La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar

armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social” (OPS, 2000). Així doncs, la cura de la salut sexual seria la posada en marxa d’estratègies que possibilitin aquest procés dinàmic del benestar. I per aconseguir la salut sexual, és necessari que els drets sexuals de les persones es reconeguin i es garanteixin.

[...] “[La] salud (y por ende la salud sexual) queda definida como una manera de vivir autónoma, gozosa y solidaria que se operativiza en la apropiación del propio cuerpo en función del proyecto de felicidad biográfica que el ser humano se da a sí”. (Barbero, 2000)

Afegir a aquesta proposta una perspectiva interseccional comporta, entre altres coses, tenir en compte les necessitats de les persones i pot explicar els diversos aspectes interrelacionats en el concepte més ampli de la salut sexual i de les sexualitats. Tot això es fa per poder, d’una banda, gaudir de la relació amb nosaltres mateixes i amb altres persones, amb espai per a afectes, sensacions i plaers, en contextos de respecte i de cures a la nostra persona i als nostres cossos. I, d’altra banda, serveix per destacar que les intervencions han de donar resposta a les necessitats de les persones en la mesura que pensen, senten, fantasiegen, inventen o són capaces de voler una vida, una vida com a éssers per a si mateixes.

Per poder prendre decisions sobre la nostra vida i la nostra salut és necessari tenir informació veraç sobre què es pot fer i sobre com es pot fer per disminuir els possibles riscos i quines són les alternatives. Però, perquè la informació ens sigui útil i la puguem utilitzar, caldran altres elements, alguns vinculats amb l’existència i l’exercici dels drets que ja hem plantejat, i altres vinculats a poder pensar què fem, com fem el que fem, per què fem el que fem, i poder prendre decisions sobre la nostra salut i el nostre benestar a partir d’aquesta reflexió.

Les creences culturals i els estereotips socials ens poden dur a comportaments que poden exposar-nos a situacions de risc. Això s’explica perquè aquestes creences estan tan interioritzades i “naturalitzades” en cadascuna de nosaltres que no ens adonem de com influeixen en la nostra manera d’actuar. *Ser dona* o *ser home* influeix en els nostres comportaments, en allò que hem après sobre el que s’espera d’una dona o d’un home en relació amb la sexualitat, sobre com cuidar-nos i com cuidar els i les altres, sobre el que es pot dir o fer o desitjar, o el que s’ha de demostrar. Aquestes creences influeixen en l’establiment de relacions desiguals, que possibiliten que les persones amb posicions de més desigualtat social quedin exposades, per exemple, a situacions de més vulnerabilitat i més risc davant el VIH, entre d’altres ITS. Les relacions i els contactes sexuals sovint tenen lloc en situacions de desigualtat, violència o coerció, tant en les relacions de parella com en altres circumstàncies, i poden dificultar o impedir la prevenció i la cura de la salut sexual. Encara que és difícil parlar-ne, és important tenir accés a serveis i persones que ens puguin ajudar a cuidar-nos i protegir-nos.

Des d’aquesta perspectiva interseccional i amb un enfocament en drets, per a la promoció de cures en salut sexual és imprescindible, entre d’altres:

- Ajudar les persones a definir les seves pròpies necessitats, problemes i inquietuds i crear un espai de reflexió o d’expressió de la seva sexualitat. Cal fer-ho, però, tenint en

compte que els contextos en els quals vivim són canviants i influeixen en cadascuna de nosaltres, que també estem en canvi constant. És per això que **cal possibilitar i adequar les estratègies a les necessitats de les persones en cada moment vital en què es trobin, tenint en compte la seva diversitat (edat, context de vulnerabilitats, processos i història vital, etcètera)**. Es tracta de reconèixer la persona com a protagonista dels seus ideals de vida i amb la capacitat de pensar, de sentir, de voler i de comportar-se en conseqüència, i de relacionar-se intencionalment amb el món. En definitiva, reconèixer la seva capacitat de construir la seva pròpia existència i, conseqüentment, les cures per viure-la dignament i plaent.

- Possibilitar l'autonomia de les persones en cada moment vital des del respecte a la diversitat i donant-los possibilitats per prendre decisions informades que permetin la cura de la seva salut sexual. Totes les persones tenim capacitat per prendre decisions sobre la nostra vida si ens deixen. **Des de la promoció de l'autonomia es contribueix a l'empoderament de les persones en relació amb la seva salut sexual i es facilita la participació de les persones en les polítiques que afecten la seva cura.** En el cas de les persones joves, un dels reptes fonamentals és trobar l'equilibri entre el dret de les persones joves a ser protegides i el seu dret a participar i prendre la responsabilitat d'exercir els seus propis drets. Atès que cada persona jove es desenvolupa al seu propi ritme, no hi ha una edat estàndard en la qual certs drets sexuals i certes proteccions guanyin o perdin importància. Per tant, aconseguir l'equilibri entre la protecció i l'autonomia és un procés complex que requereix tenir en compte les capacitats de cada persona jove individualment. Això implica assegurar un ambient propici per al desenvolupament, alhora que es garanteix la protecció i el compliment dels drets sexuals en totes les edats, especialment quan les persones es troben mancades dels coneixements, les habilitats o l'experiència per protegir-se plenament a si mateixes.

En el cas de les dones, repensar les seves sexualitats implica fer-ho des de l'autonomia; cada dona ha de poder situar-se en el centre de la seva vida, de la seva sexualitat, del seu plaer i de les seves preferències, d'allò que l'excita o del seu desig, coneixent les possibilitats existents i escollint les que més li agradin, però, tot això, ho ha de fer sent molt conscient dels contextos de violències que "impossibiliten" que les dones puguin exercir el seus drets, inclòs el dret al plaer.

- Educar en coneixements, habilitats, actituds, valors i drets, que tinguin en compte aspectes com ara: gènere, salut sexual i reproductiva, ciutadania sexual, plaer, violències, diversitats, relacions, etcètera. Aquesta educació comporta possibilitar l'accés a la informació i l'adquisició de coneixements sobre la prevenció de les ITS, els embarrassos no planificats, el dret a decidir, com cuidar-se, com accedir als recursos, com conèixer el propi cos (considerat com un espai d'experiència i d'expressió dels nostres sentiments i emocions, font de sensacions molt diferents entre si –que van del dolor al plaer–, però que són, totes, importants en la construcció de la nostra subjectivitat i de la nostra ciutadania). Aquesta educació ens ha de permetre reconèixer les necessitats pròpies en cada moment, conèixer els drets sexuals i les situacions que n'impedeixen l'exercici plenament: les violències masclistes, la LGTBI-fòbia, la xenofòbia, la discriminació i l'estigmatització cap a les persones amb VIH (serofòbia), etcètera. Però també és necessari generar espais per adquirir habilitats i aptituds per al desenvolupament personal (el pensament crític, la confiança, el sentit d'una mateixa, l'empatia i altres),

per a l'aprenentatge i l'expressió emocional, per a l'establiment de vincles i relacions igualitàries i respectuoses amb la diversitat, així com per a l'ús de les eines de prevenció relacionades amb la cura de la salut sexual, entre d'altres. **Aquesta proposta d'educació sexual ha de generar aptituds cap a la vida que promoguin la responsabilitat mútua i que potenciïn el plaer i el gaudi com a elements claus en la cura de la salut sexual.**

- Fomentar l'erotofília: repensar la salut sexual des del gaudi, és a dir, fer paleses les possibilitats positives de les sexualitats i fomentar un cant al plaer, un cant a la tendresa, un cant a la comunicació, un cant als vincles afectius. En definitiva, cal acceptar la pròpia història i les pròpies contradiccions amb comprensió i empatia cap a una mateixa **i posar en el centre el plaer com a dret.**
- Intervenir des d'un enfocament de reducció de riscos en relació amb la salut sexual. El risc zero no existeix, però tenim eines per disminuir-lo. L'existència de riscos no ha de ser una limitació per gaudir. Prendre consciència de la nostra sexualitat també és prendre consciència d'una mateixa, del nostre cos, de les nostres emocions, de les nostres creences i actituds, però també dels nostres dubtes i preocupacions, dels nostres comportaments i dels nostres desitjos. Podem fer coses per cuidar-nos. Hi ha diversos graus de seguretat en i per a cada pràctica sexual. Les estratègies de reducció del risc tenen en compte tot l'espai que hi ha entre cap risc i el risc màxim. Les persones podem crear diverses estratègies que ens permetin la cura de la nostra salut sexual per aprendre a viure i conviure amb les malalties i les infeccions; en altres paraules, per gestionar la nostra salut.

En el model clàssic biomèdic de salut pública a l'entorn de la prevenció i l'atenció de les ITS, els objectius del qual són reduir la prevalença de les ITS, interrompre'n la transmissió, escurçar la durada de la infecció i prevenir el desenvolupament de complicacions en les persones infectades, es posa en el centre de l'atenció el control de l'epidèmia, des del qual es promou l'educació per a la salut. En aquest model s'inclouen comportaments sexuals més segurs, com l'ús del preservatiu, i també l'abstinència sexual.³⁹ Des de la perspectiva clàssica, un comportament sexual "responsable" es definiria, llavors, per l'adopció de determinades pràctiques i mesures per a la prevenció de les ITS. És un enfocament que posa la càrrega gairebé exclusivament sobre les conductes individuals.

Enfront d'aquest model, altres autores plantegen que el comportament sexual "responsable" s'expressa en les dimensions personal, interpersonal i comunitària. Es caracteritza per: autonomia, maduresa, honestat, respecte, consentiment, protecció, cerca de plaer i benestar. Una comunitat fomenta els comportaments sexuals "responsables" quan proporciona la informació, els recursos i els drets que les persones necessiten per participar en aquestes pràctiques (OPS, 2000).

Per poder aconseguir aquest comportament sexual "responsable", creiem que és necessari un abordatge integral sota el marc de la prevenció combinada. Aquest marc concep-

39. L'abstinència sexual també l'entendem com el període de temps sense relacions sexuals que transcorre entre la detecció de les ITS i el seu tractament abans que aquesta pugui deixar de ser transmissible.

tual desenvolupat per donar resposta a l'epidèmia de VIH (però que creiem que també pot aplicar-se a l'abordatge d'altres ITS i a la cura de la salut sexual) comprèn els aspectes següents:

1. Un conjunt d'intervencions biomèdiques i de promoció de comportaments adreçat a millorar la salut sexual i de caràcter estructural.
2. El fet que ha d'estar fonamentat en l'evidència científica i els drets humans.
3. El fet que estigui enfocat a satisfer les necessitats de les persones i les comunitats, és a dir, centrat en les persones i els seus contextos. Això pot concretar-se, per exemple, en mesures com ara:
 - Conèixer les estratègies que existeixen per a la cura de la salut sexual (per exemple, com prevenir les ITS).
 - Valorar quines estratègies s'adapten millor a les nostres necessitats (per exemple, quines opcions reproductives són les més viables per a una dona en un moment determinat).
 - Decidir la més apropiada, tenint en compte el moment, el lloc, la persona, etcètera, per després posar-la en pràctica.

Aquest enfocament no només posa l'accent en els actes de cura individuals sinó que al mateix temps adquireix un significat polític, en la mesura que reivindica les diverses possibilitats per viure unes sexualitats plaents i la disponibilitat dels recursos per poder fer-ho des d'un marc de drets.

2.2.3. La prevenció del VIH i altres ITS des de l'abordatge integral comunitari

Les ITS⁴⁰ han format part de la història mèdica moderna i les respostes que les societats hi han donat són un dels eixos dels discursos amb què s'ha anat construint i regulant la sexualitat. Així, el model higienista de salut pública desenvolupat el segle XIX dona compte de com els discursos i les pràctiques mèdiques sobre les ITS (també conegudes com a malalties venèries) estaven fortament connotades des d'un punt de vista moral i molt sovint eren percebudes com a resultat de la transgressió de la norma sexual. Aquesta significació va influir en la percepció de l'impacte d'aquestes malalties, en el seu esquema epidemiològic i en el desenvolupament de les normatives legals, estructures i recursos utilitzats per controlar-les. Aquesta percepció va transitar entre la visió de la malaltia com a "pecat-

40. S'entén per *infeccions de transmissió sexual* (ITS) un grup d'infeccions que es transmeten d'una persona a una altra durant les relacions sexuals. Són causades per microbis com ara virus, bacteris i protozous o per artròpodes i paràsits. Les ITS afecten sobretot els òrgans genitals, la pell i la mucosa, però també es localitzen en altres llocs, en particular a l'anus i a la boca. Quan l'agent patògen de la ITS és un bacteri, un protozou, un artròpode o un paràsit, el tractament és curatiu. Quan és un virus, la infecció no és curable, però es pot tractar per reduir-ne la simptomatologia i la seva progressió. És important destacar que la majoria de les infeccions es poden prevenir (informació extreta de <https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/i/infeccions-de-transmissio-sexual/>)

càstig” individual i signe de degeneració moral de l’individu, i una altra visió emergent de la malaltia com a atac a la societat, com a perill social que va legitimar la regulació i la construcció social de les “sexualitats perilloses” (Castejón, 2004). Aquest model ha impregnat gran part dels discursos epidemiològics actuals, tal com queda reflectit en el retorn, arran de l’aparició de la infecció per VIH, d’alguns dels discursos i estratègies preventives que es van desenvolupar en el segle XIX i el principi del XX. Conceptes com ara *vector de la infecció* o *grups de risc*, que criminalitzen i estigmatitzen sectors determinats de la població, són conseqüència d’aquesta articulació de les “sexualitats perilloses” que continua imperant en el model actual d’abordatge de les ITS, tal com analitzarem a continuació.

El marc d’intervenció en l’abordatge de les ITS

Un model d’abordatge de les ITS ha de tenir en compte els elements que facilitin la posada en marxa d’estratègies preventives de les persones que no estan infectades (la prevenció primària) i d’estratègies destinades al diagnòstic, tractament i seguiment de les persones que s’han infectat (prevenció secundària i terciària), i que tinguin en compte els factors de caràcter estructural que afavoreixen l’aparició i el manteniment de situacions de més vulnerabilitat a l’exposició a les ITS i als seus efectes. Aquests factors estructurals, amb tota la seva càrrega simbòlica, han d’impregnar el marc des del qual es desenvolupen les intervencions preventives en ITS.

Les estratègies de prevenció, en el seu disseny i aplicació, estan travessades pels mecanismes de control que s’activen sota un model hegemònic de Sexualitat “amenaçat”, de manera que es genera discriminació en l’accés i es limita o es nega l’autonomia, la llibertat i la presa de decisions de les persones en la gestió i la cura de la seva pròpia salut sexual.

Les respostes a la pandèmia del VIH són exemplificatives com a experiència situada des d’on fer aquesta lectura, perquè l’epidèmia va posar de manifest com operen l’estigma i la discriminació en qüestions de salut sexual, i a la vegada es van generar estratègies col·lectives i comunitàries d’empoderament i resistència davant de l’estigmatització. L’epidèmia del VIH ha col·locat en l’àmbit del possible algunes actuacions silenciades i no reconegudes en el discurs hegemònic i ens ha qüestionat sobre les nostres vulnerabilitats. Aquestes vulnerabilitats serveixen com a punt de partida, com a possibilitat d’interrogar-nos sobre quina vida volem viure i de crear resistències davant de les situacions que vulneren els nostres drets.

Analitzarem aquestes vulnerabilitats des del paradigma de les “sexualitats perilloses” i els mandats de gènere i des de l’estigma associat a viure amb VIH. Aquesta elecció també està determinada pel fet que les entitats que hem elaborat aquesta guia hem estat i estem vinculades a la prevenció, l’atenció i la incidència en temes de VIH. Des de la nostra experiència en l’àmbit del VIH, volem reforçar una mirada crítica que permeti desmuntar els discursos al voltant dels “grups de risc” que han travessat les polítiques de prevenció i cures en salut sexual, amb la finalitat d’incorporar un model d’abordatge de les ITS des de la promoció de la salut sexual que atengui la diversitat, els contextos de vulnerabilitat i els drets.

Vulnerabilitats i sexualitatS transgressores

L'imaginari col·lectiu sobre la infecció per VIH (“les metàfores de la sida”, en paraules de Susan Sontag, 1996), construït en els inicis de l'epidèmia, ha impregnat les polítiques públiques en el seu abordatge i intervencions, i es converteix en il·lustrador de l'articulació dels mecanismes de control sobre les sexualitatS transgressores del model hegemònic.

Les primeres notícies sobre el VIH van posar de manifest la construcció tant d'una identitat, “els portadors” –les 4 H: homosexuals, heroïnòmans, haitians i hemofílics van ser identificats com els portadors de la infecció (sempre en masculí)–, com de l'assenyalament de certs col·lectius com a un “altre” perillós –”grup de risc”– que amenaçava la “població general” –innocent, per descomptat–.

En el cas dels homosexuals, van ser acusats de tenir i practicar les “sexualitatS perilloses” i així es resignificava el mandat del risc associat a la masculinitat pel de “perversió”. Des d'aquesta posició, les intervencions adreçades a aquest col·lectiu estigmatitzaven i criminalitzaven els homes gais i, especialment, els homes gais infectats, associats a vectors de la infecció (i, per tant, responsables de l'expansió de l'epidèmia). No podem oblidar que es va anomenar la sida “pesta rosa”.

Posteriorment, les intervencions de salut pública es van encaminar a posar l'accent en els “comportaments de risc” com una manera de donar una resposta aparentment neutral, sense les connotacions estigmatitzants de l'assenyalament, i es van reanomenar sota el paraigua d'estratègies preventives adreçades a “homes que tenen sexe amb homes” (HSH), de manera que s'englobava “una determinada població sota el paraigua de la conducta sexual sense tenir en compte la identitat, l'orientació o l'opció sexual ni el perfil sociocultural” (Comitè 1r de Desembre, 2017). Per a nosaltres no es tracta d'una neutralitat real sinó que respon a una manera d'intervenir en salut sexual que posa l'accent en el component biomèdic i conductual, sense considerar les identitats, les cures i els contextos en què es desenvolupen aquestes pràctiques.⁴¹

Cal tenir present que fins al 2006 no es va publicar cap campanya institucional per a la prevenció del VIH adreçada específicament al col·lectiu “HSH”. Van ser les entitats LGTBI+ i les entitats que treballaven en el VIH les que van generar, al llarg de més de disset anys, les intervencions preventives i de cures dirigides especialment als homes gais, com a estratègies de resistència davant d'unes polítiques públiques de salut LGTBI-fòbiques.

Tanmateix, en aquestes intervencions i campanyes de prevenció, les persones trans* continuen sense ser visibles. Les dones trans* han quedat incloses en la categoria d’“HSH”, la qual cosa les ha desposseït de la seva identitat o assimilat a un altre dels “grups de risc” estigmatitzats, el de les dones que exerceixen treball sexual, que han estat assenyalades històricament en el context de les ITS. Les dones “prostitutes” és el grup en què recau la censura moral més gran, per la seva transgressió dels mandats de gènere, i, a

41. El Comitè 1r de Desembre –Plataforma d'ONG-SIDA de Catalunya– proposa parlar d’“homes gais, bisexuals i altres homes que tenen sexe amb homes” com a manera d'englobar totes les identitats, les situacions i les maneres d'expressar i viure la sexualitat i les relacions afectives.

més, l'estigma associat a la prostitució hi actua com un poderós mecanisme de control sobre l'exercici de la sexualitat femenina. De fet, l'estigma de "puta" s'aplica no només a les dones que exerceixen la prostitució sinó també a totes les dones que no se ceneixen als patrons normatius de feminitat hegemònica, a totes les dones que evidencien el seu desig sexual i exerceixen activament la seva sexualitat.

L'estigma és expressat a través de la responsabilitat simbòlica de la transmissió de les ITS a la "institució familiar", acompanyada de la culpabilització o el càstig per pervertir el mandat de gènere, que es tradueix, alhora, en una exempció de responsabilitat dels homes clients de la prostitució, emparada en la percepció de la sexualitat masculina com a necessitat, en què l'excitació és una espècie d'impuls sexual incontrolable i en resposta al paradigma del "mal necessari" de la prostitució, que reforça l'estigma associat.

És una visió de la prostitució que oscil·la entre la responsabilitat i la culpa, tal com ho reflecteixen les polítiques higienistes del segle XIX, amb pràctiques com l'obligatorietat dels controls sanitaris –que continuen vigents avui en dia–, construïdes des de la identificació de la prostitució amb les dones que l'exerceixen, dones desposseïdes d'identitat pròpia, que deixen de ser subjectes de drets per transformar-se en objectes d'intervenció, motiu de control, sense identitat sexual ni autonomia i, per tant, sense poder de decisió sobre la seva sexualitat i, en conseqüència, sobre la cura de la seva salut sexual.

Aquestes polítiques i pràctiques sanitàries s'entrecruixen amb polítiques socials, amb ordenances municipals que sancionen les dones o amb lleis excloents com la Llei d'estrangeria, en les quals conflueixen diversos eixos de discriminació i que estan motivades per l'associació simbòlica de la prostitució amb la delinqüència i l'alteració de la convivència ciutadana i, d'altra banda, amb la migració "il·legal", fruit de la feminització dels fluxos migratoris de les últimes dècades. El resultat d'aquestes polítiques de persecució i criminalització és la clandestinitat i invisibilitat d'aquestes dones, contextos propicis per a la vulneració de drets i amb repercussions directes sobre la seva salut sexual.

Aquests contextos dificulten la possibilitat de triar espais segurs on poder exercir la prostitució, restringeixen els marges de negociació de pràctiques més segures i suposen una barrera per a l'accés als recursos socials i sanitaris, per por a l'estigmatització i la discriminació.

En el cas de les persones consumidores de drogues per via intravenosa, un altre dels grups marcats, l'estigma ha oscil·lat entre l'associació a la delinqüència i a la marginalitat, sota l'estigma del "ionqui", o a la malaltia, representada per la identitat del "toxicòman". D'acord amb aquestes identitats s'han elaborat respostes que han basculat entre la criminalització i la medicalització i han posat en qüestió la racionalitat i l'autonomia de les persones consumidores, que oscil·len entre la perillositat social i la malaltia, i que, per tant, són objecte de persecució o de tutela institucional.

L'estigma, en el cas del consum problemàtic de drogues, es manté encara que hagi desaparegut el consum, tal com indica l'ús, per part d'algunes modalitats de tractament, del prefix "ex" per referir-se a les persones: "exdrogoaddicte", "extoxicòman", etcètera. Es configura, doncs, una identitat lligada a unes pràctiques, la identificació de la persona

amb el consum, que ha permeat les estratègies preventives en matèria de VIH, centrades en el model biomèdic i en el comportament de risc –programes d'intercanvi de xeringues–, totalment desvinculades de les expressions de les sexualitatS presents en les persones que consumeixen, com si es tractés de persones “asexuades”.

El consum de drogues està tradicionalment associat al risc i a la transgressió, mandats de la Masculinitat hegemònica, però incompatibles amb els mandats de la feminitat de cura i autocontrol, de manera que les dones queden situades en la confluència de dos processos d'estigmatització, el del consum i el de la transgressió del mandat de gènere, fet que implica més vulnerabilitat en el context de la salut sexual. Aquestes estigmatitzacions es tradueixen en estratègies de control social, que qüestionen la seva manera de viure, la seva sexualitat i la seva maternitat i que parteixen de la negació de les seves capacitats d'autocura, de resistència i d'autonomia.

A la cruïlla de les drogues i les sexualitatS transgressores, seria interessant qüestionar els nous significants i significats que estan apareixent en la situació emergent de l'*slamming*⁴² en el context del *ChemSex*,⁴³ en què una nova denominació de les pràctiques de consum (“*slam*” en lloc de “xutar-se”) i un nou subjecte d'aquestes pràctiques (“practicant de *slamming*” versus “ionqui”) podrien formar part de l'apropiació del llenguatge que ha suposat l'establiment d'estratègies de resistències comunitàries centrades en la cura de la salut en el context de les pràctiques, però, d'altra banda, això també va acompanyat d'un reforç de l'imaginari de les “sexualitats perilloses”.

Vulnerabilitats i mandats de gènere

Tal com ja hem anat analitzant, les creences culturals i els estereotips socials ens poden portar a comportaments que ens posen en situacions de risc. Aquestes creences estan tan interioritzades en cadascuna de nosaltres que no ens adonem de com actuem. *Ser dona o ser home* sol influir en els nostres comportaments, en el que hem après sobre el que s'espera d'una dona o d'un home en relació amb la sexualitat, en com tenir cura de nosaltres mateixes i dels i les altres, en el que es pot dir, fer, desitjar o demostrar. Aquestes creences influeixen en el fet que les relacions entre homes i dones són desiguals i posen les dones en situacions de més risc davant el VIH.

D'altra banda, i recuperant les reflexions del capítol sobre “deconstrucció de la Masculinitat”,⁴⁴ el risc com a mandat de gènere (que se sustenta en l'autosuficiència i el control d'un mateix; en la condemna de la cura; en els valors de valentia, força, virilitat; en la percepció de la sexualitat com una necessitat en què el plaer és vist com una descàrrega de

42. La injecció de drogues com a pràctica de consum entre alguns homes gais, bisexuals i altres homes que practiquen sexe amb homes (HSH) (Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH, 2018).

43. “Consum intencional de drogues (substàncies) per tenir sexe durant un llarg període de temps (des d'unes quantes hores fins a uns quants dies) entre homes gais, bisexuals i altres homes que tenen sexe amb homes (HSH)”. Més informació a <https://chemsex.info>, pàgina web específica de l'entitat Stop Sida.

44. Més informació a l'apartat 2.1 d'aquesta guia.

tensions) naturalitza les relacions desiguals entre homes i dones i actua com un factor de vulnerabilitat en articular les decisions que els homes prenen respecte de la cura de la seva salut sexual.

Les campanyes i les estratègies de prevenció adreçades a homes no només menystenen aquesta vulnerabilitat sinó que la invisibilitzen. Hi ha campanyes per a la prevenció del VIH amb lemes, simbologies o imatges que reforcen la Masculinitat hegemònica com a forta, vigorosa, activa, violenta, amb imatges d'homes joves, blancs, de classe alta i amb capacitats estàndards.

Hi ha campanyes que reforcen la impunitat de la identitat masculina, en què els homes (cis, heterosexuales, blancs i assimilables a l'anomenada població general) se situen al marge de la possible infecció i transmissió d'ITS i, per tant, d'haver de tenir-ne cura.

Aquesta impunitat també es manifesta en unes representacions de poder que situen les dones en una posició de subordinació, en què les relacions i els contactes sexuals sovint es donen en situacions de desigualtat, violència o coerció, tant en les relacions de parella com en altres circumstàncies, i que poden dificultar o impedir la posada en marxa de les estratègies preventives i la cura de la salut sexual.

El mandat de gènere del model hegemònic de Sexualitat, que estableix les dones com a subjecte de cura, com a "ser per a l'altre" i per a la reproducció, es tradueix en risc i vulnerabilitat davant de les ITS i el VIH. És un model que se sustenta en relacions sota el parai-gua del paradigma de l'"amor romàntic" i la "fidelitat". Aquest amor romàntic s'interpreta com l'entrega a l'altre, la idea de la fusió amb l'altre, la "mitja taronja" en què l'amor pot amb tot, i es tradueix en la negació dels propis desitjos, en anteposar l'altre i els seus desitjos als d'una mateixa, en l'acceptació de les condicions de l'altre per por a la pèrdua. Per tant, és un ideal en clau d'entrega absoluta, sense condicions ni infidelitats, amb fantasies d'exclusivitat i possessió, en què s'esvaeix la percepció de risc davant les ITS i el VIH (García *et al.*, 2005).

Aquest és un model de relacions generador de violències masclistes, particularment de violències sexuals, que augmenta considerablement el risc d'infecció, travessat per la por de les conseqüències d'oposar-se a una relació sexual no desitjada i per la por del rebuig si s'intenten negociar relacions sexuals més segures; és un model que vulnera els drets a la llibertat sexual, el dret a decidir, el dret a l'autonomia del propi cos i les sexualitats i, per tant, el dret a la cura envers les ITS i el VIH. La situació es veu agreujada en les dones que viuen amb VIH, en les quals el fet mateix d'estar infectades augmenta el risc de patir les violències masclistes.

Aquests mandats de gènere també es reproduïxen en les campanyes de prevenció del VIH basades en les conductes quan plantegen la negociació del preservatiu en la parella sense tenir en compte que aquesta negociació es dona en el si de relacions de desigualtat de poder o de violència en les quals l'ús del preservatiu és llegit en clau d'infidelitat, promiscuïtat o desconfiança en l'altre.

Són mandats de gènere regits pel model hegemònic de Sexualitat, en què, a les dones de més de cinquanta anys (i, per tant, sense capacitat per a la reproducció), se'ls associen

conductes sexuals “no de risc” i, per tant, no són considerades com a possibles destinàries de la prova diagnòstica del VIH, fet que dona lloc a diagnòstics tardans, amb conseqüències en el desenvolupament de la malaltia i, en conseqüència, en la seva salut. Aquests mandats de gènere traslladen la categoria d’“asexuals” a les dones lesbianes, tal com reflecteix la seva exclusió de les campanyes de prevenció de les ITS i el VIH i dels programes de detecció vinculats als serveis de ginecologia, pensats des de l’òptica de la reproducció i l’anticoncepció.

El model hegemònic heteronormatiu, així, controla la sexualitat de les dones i s’evidencia en la realització protocol·lària d’exàmens mèdics d’ITS i VIH durant el seguiment de l’embaràs. És una pràctica que no respon a una decisió personal de la dona sinó a una preocupació, des del model biomèdic, d’evitar o reduir la transmissió vertical del VIH i els possibles efectes d’altres ITS al fetus. És una situació que pot implicar que, a les dones, els facin la prova i que, davant d’un resultat, tant negatiu com positiu, es trobin sense la informació suficient i, per tant, sense estar preparades i sense poder prendre decisions sobre la seva salut i el seu embaràs. Aquesta protocol·lització de les proves diagnòstiques posa en dubte l’aplicació del consentiment informat,⁴⁵ en la mesura que el dret a la informació per a la presa de decisions s’assumeix com un control de compliment obligat per part de les dones embarassades. En canvi, les parelles sexuals de les dones no són sotmeses a aquests protocols, fet que ens remet a la idea que una dona embarassada no és susceptible de tenir relacions sexuals durant l’embaràs (“maternitat immaculada”).

Aquesta preocupació per la transmissió durant l’embaràs dona lloc a resistències, des del personal sanitari, però també des de l’entorn social i afectiu, a acceptar el desig de maternitat de les dones que viuen amb el VIH, malgrat que “con un manejo adecuado centrado en la mujer, hoy en día en España el riesgo de transmisión del virus al bebé durante el parto es pequeño” (Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH, 2013). Les dones són qüestionades perquè suposen un risc per al mandat de la cura lligat al gènere.

Per tot això, cal generar un marc d’intervenció que tingui en compte els condicionants i les desigualtats de gènere en el context de les intervencions relacionades amb la cura de la salut sexual. Per tant, com ja hem esmentat anteriorment, les estratègies d’intervenció amb homes haurien d’anar acompanyades d’un treball de fons que, des del paradigma de la vulnerabilitat, permeti qüestionar el model de masculinitat; permeti desmuntar la cultura del risc com a mandat i trencar amb la dinàmica de la representació de poder, que genera violències i vulnera drets sexuals, i que, a la vegada, tingui en compte les necessitats específiques de les dones i abordi amb profunditat les violències masclistes, que són l’arrel de les desigualtats de gènere en salut.

45. Procediment mitjançant el qual es garanteix respectar la llibertat de les persones per decidir sobre el seu propi cos, la seva salut i la seva vida, en el context de les intervencions sanitàries.

La vulnerabilitat de “viure amb...”

L'estigma associat a la infecció pel VIH desemboca en la discriminació de les persones que la pateixen. Moltes persones veuen vulnerats els seus drets humans en ser estigmatitzades i discriminades pel fet de tenir el VIH.

[...] “Les arrels de l'estigma associat al VIH/SIDA descansen profundament en les estructures genèriques (de gènere), econòmiques, racials i sexuals, que poden trobar-se en cada societat. No constitueix una coincidència el fet que nombrosos estigmes associats al VIH/SIDA es trobin relacionats amb les divisions i iniquitats de gènere –com queda expressat en la creença que només les “males” dones s'infecten–, amb les divisions racials i ètniques –com la creença que la sida és una malaltia africana (o occidental)–; amb les diferències en l'estatus econòmic –expressat en la consideració que són les persones pobres (o riques) les qui s'infecten i emmalalteixen per la SIDA–, i amb les relacions i divisions sexuals –com la creença que tan sols les treballadores sexuals, les persones “promíscues” i els homosexuals són qui pot infectar-se pel virus–”. (Parker i Aggleton, 2003, traduït de l'anglès)

L'estigma es construeix sobre els estereotips i els prejudicis que hi ha al voltant de la sexualitat, vinculats al model hegemònic de Sexualitat, així com sobre les desigualtats socials, i és reforçat i retroalimentat per la mitologia (“les metàfores”) de la sida que hi ha a l'entorn de la por a la malaltia, una malaltia entesa com a plaga, com a invasió (viral) que es pot contreure en les interaccions socials. Així es construeix la “identitat contagiosa” de les persones VIH (“sidoses”). Aquesta idea descansa sobre la concepció que el VIH ens amenaça a “tots” –un “tots” assimilat al terme de “població en general” que exclou “tot” aquell que estigui fora dels models hegemònics– i dona lloc a l'estigma i l'estigmatització.

L'estigmatització, per tant, està inserida en les dinàmiques de poder i dominació i reforça la producció i el manteniment de les desigualtats socials i el control de certes poblacions a través de mecanismes de desacreditació de l'altre que naturalitzen aquests processos de classificació i categorització de la divisió social. L'estigmatització és un mecanisme profundament imbricat en els sistemes interseccionals de dominació.

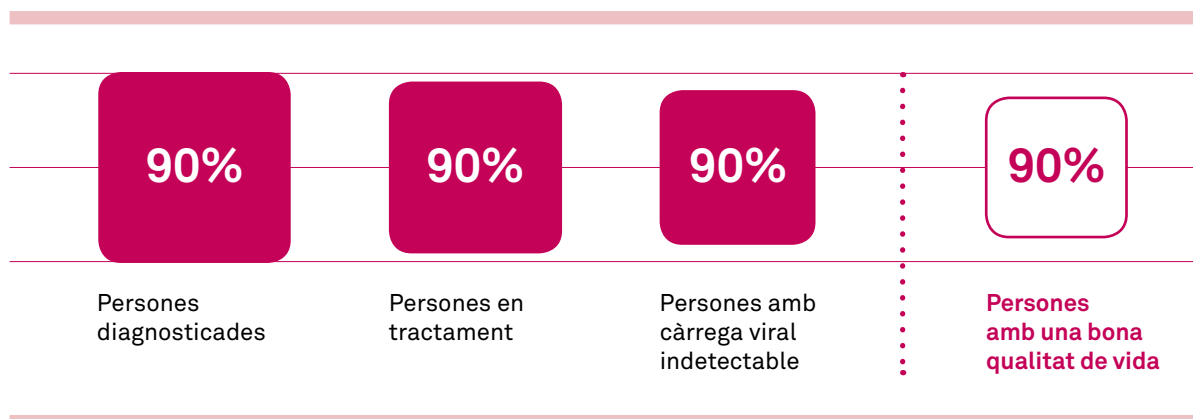
La construcció de l'epidèmia des de l'amenaça ha donat lloc a polítiques públiques amb lògica de combat, de la “lluita contra...”. Des d'aquesta lògica, les persones amb VIH i els “grups de risc” (l'altre) sovint són llegits com una amenaça a l'ordre social, l'enemic del “nosaltres”, seguint la metàfora militarista de Susan Sontag (1996). Aquesta lectura ha legitimat l'estigmatització de les persones amb VIH i ha donat lloc a un límit difús d'allò que es combat (es combat el virus o les persones que viuen amb la infecció?), quan el que s'hauria de “combatre” és l'estigma associat al VIH, que vulnera els drets humans.

Aquesta noció culpabilitza les persones que viuen amb el VIH de la transmissió de la infecció i les acaba criminalitzant, i alhora els imposa la responsabilitat de la prevenció de la població general. D'aquí parteix la idea de “l'obligatorietat” de revelar el seroestatut positiu a les parelles sexuals i a l'entorn, cosa que xoca amb el dret a la intimitat i a l'autonomia de prendre decisions sobre la pròpia vida; així com “l'obligatorietat” actual

d'iniciar el tractament del VIH d'acord amb la "indetectabilitat = intransmissibilitat", plantejament que genera una altra categoria social que reforça la idea d'"irresponsabilitat" i del que en seria el revers: ser "un bon VIH".

Culpa i responsabilitat són dos conceptes que s'uneixen en una visió individualista de les cures, que oblida els contextos i les experiències de les persones que viuen amb el VIH. Aquesta visió queda parcialment reflectida en l'estratègia desenvolupada per l'OMS (2016) en el seu "enfoque de respuesta o acción acelerada para alcanzar un conjunto de objetivos con plazos definidos hasta el año 2020", que inclou els denominats objectius 90/90/90 (que el 90% de totes les persones amb VIH coneguin el seu estat serològic respecte del VIH, que el 90% de les persones diagnosticades tinguin accés a tractament i que el 90% de les persones en tractament aconseguixin la indetectabilitat viral). Malgrat aquesta visió tan biomèdica/epidemiològica de la prevenció, en què no estan gaire presents altres estratègies alternatives que vagin més enllà de les estratègies biomèdiques plantejades des de la *cascada de tractament* (Gardner et al., 2011), ONUSIDA també apunta la necessitat d'establir estratègies destinades a fer front a l'estigma, en la mesura que assenyalava que entre les barreres per assolir els objectius 90/90/90 s'inclouen la manca d'accés universal al tractament i a les proves diagnòstiques o la dificultat per arribar a les poblacions clau com a conseqüència de les polítiques governamentals que criminalitzen el col·lectiu LGTBI+ o les persones usuàries de drogues. Vet aquí una declaració de com la vulneració de drets accentua les vulnerabilitats i les desigualtats en salut.

I, més encara, organitzacions i activistes de l'àmbit del VIH han proposat un objectiu (un altre 90) centrat en les necessitats de cura de les persones amb VIH, amb el propòsit de donar atenció integral a les situacions relacionades amb el VIH i que incideixen en la qualitat de vida de les persones, més enllà de les morbiditats clíniques i dels efectes dels tractaments.



Gràfic adaptat d'ONUSIDA (ONUSIDA, 2014).

Per aconseguir-ho, és fonamental un canvi de model assistencial que posi la persona i les seves necessitats en el centre de la intervenció.

Cal prendre mesures que actuïn contra els processos de discriminació en l'àmbit socio-sanitari que impedeixen una bona cura de la salut de les persones que viuen amb el VIH, un espai d'intervenció en què es perpetuen els estereotips de gènere, la infantilització de les persones "malaltes" i la violència institucional a través de protocols que no tenen en compte l'autonomia de les persones per prendre decisions en la cura de la seva salut, o mitjançant decrets llei (com el Reial decret llei 16/2012, de mesures urgents per garantir la sostenibilitat del Sistema Nacional de Salut i millorar la qualitat i la seguretat de les seves prestacions) que han dificultat l'accés als serveis de salut a les persones en situacions d'"irregularitat administrativa" i que han afectat particularment la cura de la salut sexual de les dones.

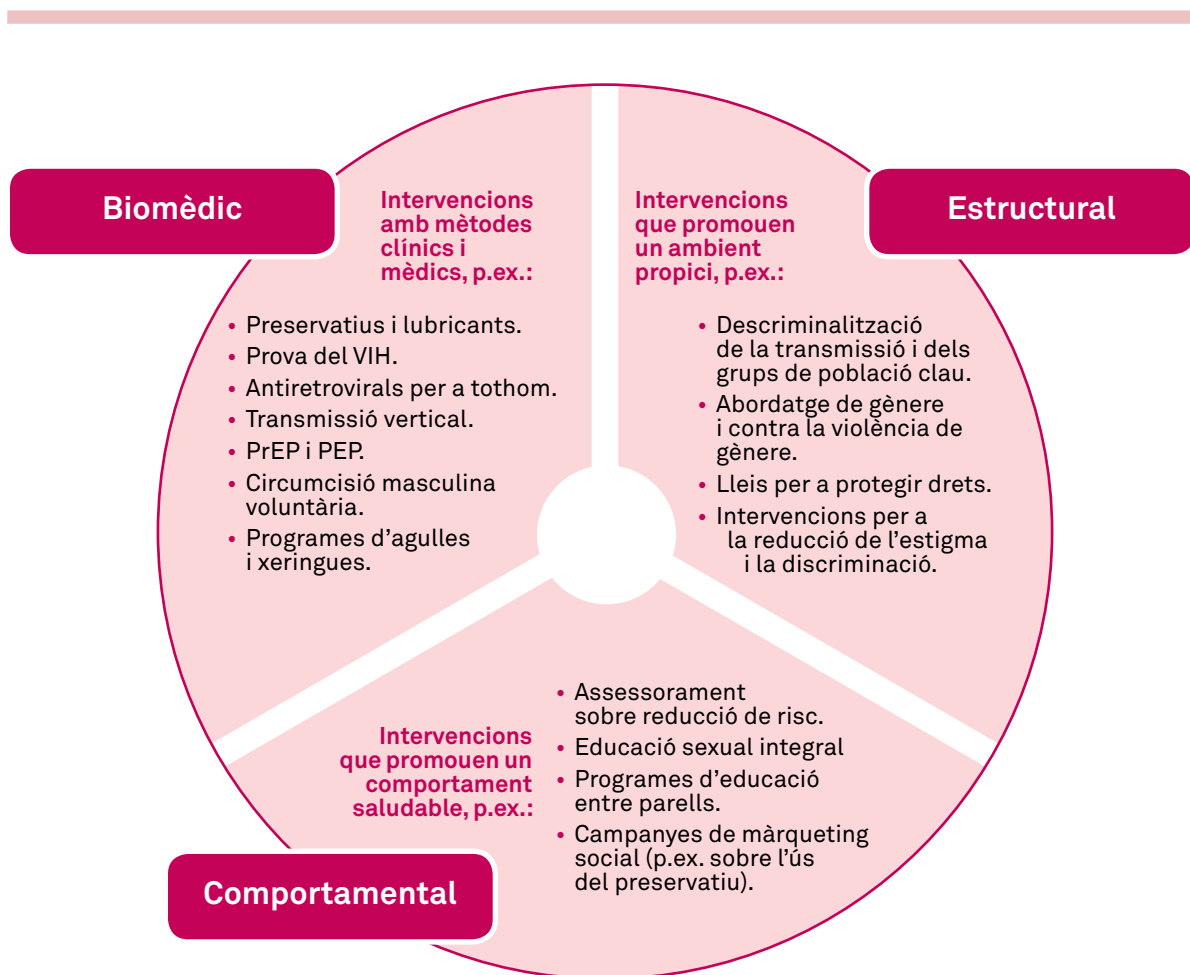
Cal posar en marxa accions per fer canvis en els protocols de la investigació clínica com, per exemple, en els destinats al desenvolupament de fàrmacs, que han exclòs les dones, les nenes i els nens i les persones grans d'una gran part dels estudis. Això ha comportat que la farmacopea i el seguiment de la simptomatologia estiguin dissenyats des de la fisiologia masculina, de manera que no es té en compte la necessitat d'adaptar les pautes d'administració, les dosis i els seguiments a altres cossos (dones, dones trans*, homes trans*, nenes i nens, etcètera).

Calen intervencions que actuïn contra les situacions de discriminació en els àmbits que, a més, accentuen o afavoreixen l'estigmatització. Aquestes intervencions han d'anar dirigides a evitar discriminacions en l'àmbit escolar o laboral, que contribueixen a una precarització econòmica i social de la vida de les persones que viuen amb el VIH; discriminacions en l'àmbit dels serveis socials (pisos tutelats, residències per a persones grans, pisos d'acollida), que contribueixen a fer més fràgils les persones que viuen amb el VIH i impedeixen que puguin gaudir dels serveis d'atenció per a persones en situació de vulnerabilitat, i discriminacions que afavoreixen la precarització i obstaculitzen l'accés a altres béns socials i materials que asseguruen una vida digna.

Calen accions destinades a generar un nou imaginari sota la noció que el VIH ens afecta a totes pel fet que ens qüestiona sobre la nostra vida i sobre altres vides possibles, i que donin cabuda a intervencions des de la solidaritat amb la vulnerabilitat i la fragilitat humana, que reduirien l'estigma. La vulneració dels drets ens afecta a totes.

Tot això ens impulsa cap a un marc d'intervenció integral en l'abordatge de les ITS/VIH que, tal com hem anat desenvolupant al llarg del bloc, ha de tenir en compte no només els elements que facilitin la posada en marxa d'estratègies preventives per a les persones que no estan infectades (la prevenció primària) i d'estratègies preventives destinades al diagnòstic, el tractament i el seguiment de les persones que s'han infectat (prevenció secundària i terciària), sinó que també ha de considerar i transformar els elements de caràcter estructural que afavoreixen l'aparició i el manteniment de factors que comporten vulnerabilitats en l'exposició a les ITS i els seus efectes. En definitiva, cal un marc d'intervenció que possibiliti la gestió i la cura de la salut sexual i que incorpori la prevenció, l'atenció i el tractament, i unes polítiques públiques des d'un marc de drets.

Un marc a partir del qual fer aquest abordatge seria la **prevenció combinada** en VIH, que inclou els aspectes següents, previstos en aquest gràfic que després analitzarem:



Gràfic adaptat de la Internacional HIV/AIDS Alliance (Aditi i Davies, 2016).

En aquest marc:

- **Les estratègies o intervencions biomèdiques** inclouen tant el maneig de la tecnologia mèdica com la informació per al maneig de la simptomatologia. Serien les següents:
 - Ús de proves diagnòstiques des d'una perspectiva de reducció del risc, ja que saber la situació serològica contribueix a prendre decisions, posar en marxa les cures de la salut sexual que vulguem adoptar, reduir la morbiditat de la infecció (diagnòstic precoç) i, fins i tot, facilitar un espai per poder parlar de la nostra sexualitat.
 - Desenvolupament de vacunes preventives o curatives.
 - Tractaments farmacològics per reduir els efectes de la infecció, millorar la qualitat de vida de les persones i, en alguns casos, reduir la transmissibilitat de la infecció.
 - Tractaments clínics i quirúrgics (en el cas de condilomes, circumcisió).
 - Mètodes de barrera (preservatius, dic dental, etcètera) que possibiliten evitar el contacte amb lesions a la pell o a les mucoses, en particular en l'entorn genital i bucal. Els preservatius (tant el que es posa al penis com el que es posa a la vagina) han demostrat suficientment la seva eficàcia en la prevenció del VIH i d'altres ITS.
 - Programa d'intercanvi de xeringues per reduir el risc de transmissió per via sanguínia d'algunes ITS (hepatitis, VIH, etcètera).
 - Informació mèdica per gestionar la simptomatologia, les pautes i les prescripcions de la medicació, i les conseqüències en la salut, de manera que faciliti la presa de decisions en la cura de la salut. Per poder prendre decisions sobre la nostra vida i la nostra salut és necessari tenir informació veraç sobre com disminuir els possibles riscos i danys i sobre les alternatives disponibles.
- **Les estratègies comportamentals** intervenen en la capacitat de les poblacions més afectades per tal que puguin exercir més control sobre els determinants de la seva salut, i se centren en els comportaments i pràctiques quan això és possible o bé ofereixen alternatives com la reducció de riscos. Són estratègies que s'adrecen a la millora de les habilitats de les persones per negociar el sexe que volen tenir, com, per exemple, l'educació sexual, el *counselling* en els serveis d'atenció o les intervencions conductuals.

Un exemple que pot il·lustrar la posada en marxa d'estratègies combinades en l'àmbit biomèdic i conductual és el quadre informatiu següent sobre les ITS (Stop Sida, 2017) dirigit a homes adults gais, bisexuals i altres homes que tenen sexe amb homes:

ITS Bacterianes:

ITS	Te cura?	Tractament	Vacuna	Transmissió sexual	Pràctiques sexuals amb major risc
Sífilis	Sí	Antibiòtic	No	Xancre, pell o mucoses infectades	P. SO. PN. JS.
Gonorrea	Sí	Antibiòtic	No	Secreció al penis, vagina, anus o gola	P. SO. PN. JS.
Clamidia, LVG	Sí	Antibiòtic	No	Secreció al penis, vagina, anus o gola	P. SO. FF. JS.

ITS Viriques:

ITS	Te cura?	Tractament	Vacuna	Transmissió sexual	Pràctiques sexuals amb major risc
Hepatitis A**	Sí, infecció aguda	–	Sí	Contacte oral amb anus, dits o penis	SO. PN.
Hepatitis B**	Sí, infecció aguda variable a infecció crònica	Antivirals	Sí	Sang, semen i flux vaginal	P. SO. PN. FF.
Hepatitis C	Sí, infecció aguda variable a infecció crònica	Antivirals	No	Sang	P. FF. JS.
VPS (Papil·loma virus)	Sí o latència intermitent	Només símptomes (eliminació de berrugues)	No	Pell o mucoses infectades i berrugues	P. SO. PN.
VHS (Herpes simple)	Sí o latència intermitent	Només símptomes (ampolles)	No	Lesions i secrecions pell o mucoses d'anús penis i vagina	P. SO.
VIH	No	Només símptomes (antiretrovirals)	No	Sang, semen i flux vaginal	P. SO. PN. FF. JS.

P.: Penetració (anal/vaginal); **SO.:** Sexe oral; **PN.:** Petó negre;
FF.: *Fist fucking* (ficar puny); **JS.:** Intercanvi joguines sexuals.

** L'hepatitis A aguda en algunes ocasions pot derivar en hepatitis fulminant potencialment greu, l'hepatitis B també encara que és menys freqüent.

- **I les estratègies estructurals** estan orientades als canvis i les transformacions socials de les situacions que generen desigualtats, violències i precarització i que són un obstacle perquè les persones puguem viure amb dignitat i exercint els nostres drets sexuals. Un exemple de sistematització d'aquestes estratègies és el quadre següent:

Característiques d'una societat sexualment sana

Les societats que protegeixen i donen prioritat a la salut sexual de les seves membres presenten les característiques següents:

- **Compromís polític:** L'Estat reconeix que la salut sexual és un dret fonamental de l'ésser humà i es fa responsable de la promoció de la salut sexual.
- **Polítiques explícites:** Les institucions socials, entre elles les entitats governamentals, formulen, desenvolupen i posen en pràctica polítiques públiques amb instruccions clares i precises destinades a la protecció i la promoció de la salut sexual com a dret humà fonamental.
- **Legislació:** Per promocionar la salut sexual és indispensable que hi hagi lleis vigents destinades a protegir tots els drets sexuals. És fonamental disposar de lleis que protegeixin les persones vulnerables de l'explotació (p. ex., prohibició de la prostitució infantil); reconèixer els drets de totes les persones a la integritat del cos (p. ex., protecció contra la mutilació genital); protegir les minories sexuals perquè se'ls respectin drets humans tan fonamentals com ara educació, salut o feina (p. ex., legislació contra la discriminació), i promoure la igualtat en totes les dimensions sexuals (p. ex. legislació relativa a la igualtat d'oportunitats, a la interrupció voluntària de l'embaràs...).
- **Bona educació:** Un element necessari d'una societat sexualment sana és l'accés universal a l'educació sexual integral d'acord amb l'edat, al llarg de tota la vida.
- **Infraestructura suficient:** A fi de garantir l'accés de les persones als serveis, cal disposar d'una infraestructura de professionals i paraprofessionals especialitzades en la resolució de problemes i inquietuds d'índole sexual. Això inclou oferir als professionals programes d'especialització en salut sexual.
- **Investigació:** Una societat compromesa amb la salut sexual de les persones membres que la integren dona suport a les investigacions adequades i concretes disposades a abordar les inquietuds clíniques, educatives i de salut pública. Això inclou la investigació relativa a les inquietuds emergents (p. ex., noves infeccions) i la vigilància per estimar l'extensió i les tendències de condicions que afecten la salut i que es poden prevenir (p. ex. taxes de relacions sexuals de risc en poblacions d'alt risc, taxa de violència sexual, prevalença de disfuncions sexuals, etcètera).

- **Vigilància adequada:** La vigilància és necessària per supervisar els indicadors biomèdics i de comportament que mesuren les inquietuds i els problemes de salut sexual
- **Cultura:** Cal assolir una cultura d'obertura cap a la salut sexual que alhora li assigni la prioritat que li correspon. Alguns indicadors com ara la qualitat de la informació subministrada pels mitjans sobre les inquietuds relatives a la salut sexual.

(OPS, 2000)

I, finalment, **cal un abordatge amb un enfocament comunitari**: no es tracta de diagnosticar la situació d'un individu, un grup o una institució, sinó les necessitats d'una comunitat. Per fer-ho, és imprescindible **incorporar la participació de les persones destinatàries de la intervenció** des del començament. Les persones han de ser les protagonistes en la definició del diagnòstic, els problemes, els objectius i les alternatives, així com en l'avaluació de la intervenció.

En resum, cal un marc d'intervenció que consideri les persones com a agents actives en la cura de la seva salut sexual. Aquest marc d'intervenció ha de respondre, a través de les polítiques públiques, els programes i els serveis, a les necessitats i els drets sexuals, i ha de respectar i fomentar l'autonomia en la presa de decisions de les persones sobre la seva salut, des d'una perspectiva de promoció dels drets.

2.3. Promoció de la salut sexual i reproductiva des d'una perspectiva interseccional i situada

Si bé, com hem explicat abans,⁴⁶ no es poden limitar els drets sexuals als drets reproductius, en aquest capítol ens centrarem en aquests últims. Intentarem donar compte de com el model hegemònic de Sexualitat i els mecanismes de control que s'activen per mantenir-lo produeixen discriminació en l'accés als drets reproductius, i limiten o neguen l'autonomia, la llibertat i la presa de decisions de les persones sobre el seu projecte vital en relació amb la gestió reproductiva.

Així doncs, anirem analitzant com aquestes configuracions socials generen marcs interpretatius sobre els quals se sostenen les intervencions i les polítiques al voltant dels drets reproductius. És a dir, partirem des d'una perspectiva situada.

En parlar dels drets reproductius, estem considerant els drets que es basen en “el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva [...] y el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones o violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos” (Naciones Unidas, 1995).

Aquests drets es podrien desglossar en els següents:⁴⁷

- Dret a prendre decisions sobre la reproducció sense patir discriminació, coerció o violència.
- Dret a decidir lliurement si es vol o no tenir filles o fills.
- Dret a decidir el nombre de filles o fills que es desitgen i l'espai de temps entre un embaràs i un altre.
- Dret a decidir sobre el tipus de família que es vol formar.
- Dret a exercir la maternitat amb un tracte equitatiu a la família, als espais d'educació i als espais laborals.
- Dret a una educació integral de la sexualitat al llarg de la vida.

46. Més informació a l'apartat 1.2.1 d'aquesta guia.

47. Reformulació i ampliació pròpia a partir dels drets del Fons de Població de les Nacions Unides (UNFPA). Disponible a: https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/INFOGRAFIA_DSR_WEB.pdf

- Dret a accedir a mètodes d'anticoncepció moderns, inclosa l'anticoncepció d'emergència.
- Dret a l'accés als serveis integrals de salut i a l'atenció mèdica per garantir una maternitat segura.
- Dret a accedir als beneficis dels avenços científics en la salut sexual i reproductiva, a través de les tècniques de reproducció assistida.
- Dret a la interrupció lliure de l'embaràs, sense coacció ni violència.

Per tant, podríem dir que els drets reproductius abasten dos principis, **el dret a l'atenció en salut reproductiva i el dret a l'autodeterminació reproductiva** (Center for Reproductive Rights, 2008), i constitueixen una de les grans reivindicacions del moviment feminista, com a resposta davant de l'ús de la sexualitat i la reproducció com a eina de control sobre les dones per part dels homes i els estats.

El dret a l'atenció en salut reproductiva està reconegut de manera explícita a la Convenció sobre l'eliminació de totes les formes de discriminació contra la dona (Comitè CEDAW, 1979), que estipula que els estats que en formen part han de prendre “las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive aquellos que se refieren a la planificación familiar”, i també han d'eliminar les barreres legals a l'atenció en salut reproductiva, com les lleis que penalitzen certes intervencions mèdiques que afecten exclusivament les dones i castiguen les que s'hi sotmeten (les lleis que penalitzen l'avortament, entre d'altres).

D'altra banda, el dret a l'**autodeterminació reproductiva** està emparat pel dret a la integritat física, el dret a la intimitat, el dret a planificar la pròpia família i el dret a estar lliure de totes les formes de violència i coerció que afecten la vida sexual o reproductiva. Aquest dret entronca amb el concepte d'*autonomia*, que en el cas de les dones passa per l'autonomia corporal, pel poder de decisió sobre el propi cos, al qual ja ens hem referit al llarg d'aquesta guia com a base dels processos d'empoderament. És un dret que es pot veure seriosament qüestionat quan l'autodeterminació és controlada pel sistema patriarcal a través d'estratègies com ara la tutela i la infantilització de les dones.

Un exemple d'això és negar a una dona l'opció d'evitar un embaràs o obligar-la a sotmetre's a un determinat tipus de part, accions que interfereixen en el seu dret a decidir i que tenen implicacions tremendes sobre el seu cos i la seva llibertat personal. A més, les decisions que es prenen respecte del propi cos –en particular les que afecten la capacitat reproductiva– es troben en el domini de les decisions privades i, per tant, haurien d'estar protegides d'intromissions pel dret a la intimitat.

L'autodeterminació reproductiva també implica el dret a estar lliure de totes les formes de violència i coerció que afecten la vida sexual o reproductiva de les dones. No obstant això, escudant-se en el qüestionament de la capacitat d'algunes dones d'exercir la seva maternitat, es continua practicant l'esterilització forçada o per coerció a dones amb diversitat funcional o en situació de vulnerabilitat socioeconòmica.

D'altra banda, la reivindicació dels drets reproductius per part de les persones del col·lectiu LGTBI+ ha suposat un qüestionament del model de salut reproductiva imperant, basat en un model de família heteronormatiu que, com hem explicat anteriorment, és biologicista, coitocèntric, monogàmic, cis-heteronormatiu, sexista, adultocèntric, capacitista, occidental i patologitzant.

I és des d'aquesta perspectiva situada que analitzarem, amb una mica més de detall, el paper de la gestió reproductiva en el projecte vital, a partir dels qüestionaments que emergeixen des dels models de família diferents i des de l'anàlisi de l'accés a les opcions reproductives i a la interrupció voluntària de l'embaràs.

2.3.1. El paper de la gestió reproductiva en el projecte vital

Situar el paper de la gestió reproductiva en el projecte vital requereix necessàriament qüestionar el model hegemònic de família, heterosexual i amb funció reproductiva. Aquest marc delimita i defineix un ideal de maternitat, de paternitat i de parentiu que entra en conflicte davant de la diversitat de models de família presents en les estructures socials europees en què ens movem (família nuclear clàssica, homoparental, monoparental masculina o femenina, adoptiva, amb pares i mares de diferents ètnies i cultures, amb pares i mares separades o divorciades, famílies reconstituïdes o enllaçades a partir d'unions anteriors, la família d'acollida, la família sense fills, la família de fet, etcètera). Són models de família que qüestionen la parentalitat, la divisió entre el que és públic i el que és privat o la idea de família nucleada al voltant de la parella, així com la necessitat de llaços consanguinis o genètics que legitimin la filiació i, per tant, els processos vinculats a la cura, la sexualitat, la reproducció social i la biològica.

Les famílies LGTBI+, formades per persones o parelles lesbianes, gais, bisexuals i transsexuals, han ocupat un lloc protagonista en trencar amb el continu "coit/aliança/filiació" (Pichardo Galán *et al.*, 2015) i han anat acompanyades en les últimes dècades, en el cas de l'Estat espanyol, d'un marc normatiu de regulació dels drets reproductius, a partir de les lleis sobre les tècniques de reproducció assistida, el matrimoni i l'adopció. Aquest reconeixement legal no sempre ha anat acompanyat d'un reconeixement simbòlic i d'un accés real als drets reproductius en condicions d'autonomia i igualtat.

L'ideal de família s'erigeix des del model de Sexualitat hegemònica, que es presenta com la sexualitat pretesament "natural" i lligada a un objectiu, la reproducció, en què la funció natural de les dones és la de "ser mare". Aquesta funció es trobaria en una mena de "codi biològic" que es traduiria en capacitats, habilitats i sabers, producte d'un instint inscrit en la naturalesa femenina, "l'instint maternal". És a dir, és un model construït sobre una visió essencialista que vincula la maternitat amb la identitat femenina, amb el *ser dona*, de manera que no ser mare vol dir ser "menys dona".

Es tracta d'una maternitat entesa com a mandat de gènere que ha activat, al llarg de la història, mecanismes de control i vigilància sobre les dones que desafien el rol atribuït de

ser mare, mitjançant l'establiment de relacions, pràctiques, discursos, polítiques i eines jurídiques totalment travessades per les relacions de poder, així com per les desigualtats de classe, raça i ètnia, entre d'altres.

Sota aquest model, la relació, per exemple, entre el lesbianisme i la maternitat s'ha desenvolupat d'una manera molt conflictiva. Encara avui en dia perviu amb força la idea que ser lesbiana significa “no ser mare”. Històricament, les dones lesbianes han estat percebudes com a dones estèrils i incapaces d'exercir la maternitat. De fet, durant anys, una de les grans preocupacions de mares i pares, en conèixer la preferència sexual de la seva filla, era que no podria tenir filles o fills. Aquesta preocupació, fins fa ben poc temps, la compartien també les dones mateixes. “No poder tenir fills” ha estat un dels grans obstacles amb què es trobaven pel fet d'assumir el seu desig sexual i sovint entenien que, per realitzar el seu desig maternal, havien de triar entre les seves relacions lèsbiques (sacrificant-les en la majoria de casos) o continuar mantenint l'aparença heterosexual. Perceben una contradicció entre el seu desig sexual i el seu desig maternal (Mujika, 2010).

Les mares lesbianes es veuen immerses en la contradicció d'un discurs heterosexual i lesbofòbic que, d'una banda, uneix la sexualitat femenina a l'obligatorietat reproductiva i, de l'altra, nega aquesta capacitat a les dones que no compleixen amb la normativa heterosexual, de manera que “ser mare lesbiana” constitueix una contradicció. En paraules de Silvia Donoso (2002), “las mujeres lesbianas, como mujeres, deberían tener hijos y, como lesbianas, deberían renunciar a ellos”.

D'altra banda, les dones lesbianes són qüestionades sobre la seva idoneïtat com a mares, sobre si poden ser unes “bones mares”, amb arguments lesbofòbics com ara que poden influir en la futura preferència sexual del nen o nena, o que és necessari que hi hagi un rol masculí a la família, etcètera.

Aquests arguments també s'esgrimeixen per qüestionar les famílies homoparentals constituïdes per un home o per una parella d'homes (i, en alguns casos, també les famílies monoparentals formades per una dona). Aquests models familiars subverteixen la regla bàsica del parentiu, segons la qual la maternitat i la paternitat s'han d'organitzar d'acord amb la diferència de sexe i de rols que aquesta diferència pressuposa. En qualsevol cas, les famílies homoparentals es veuen constantment interpel·lades a demostrar la seva aptitud parental.

El model hegemònic de família també posa en qüestió les famílies monoparentals, a les quals es tendeix a qualificar i identificar com a “famílies desestructurades”, fruit de la interrupció d'un projecte familiar que havia començat sent de parella i, per tant, era biparental, i no com a projecte i desig individual. Així, són famílies vistes com a “incompletes” sota la mirada de l'ideal de família heterosexual en què queden ben definits i demarcats els rols de mare i pare.

El qüestionament de “la bona mare” també està present en la intersecció amb la variable de l'edat. Si bé per a les dones adultes la maternitat és un mandat de gènere, en el cas de les dones adolescents es concep com un problema greu. Ser mare en aquesta edat és interpretat com assumir equivocadament un rol adult de gran responsabilitat per al qual,

en l'imaginari col·lectiu, les dones adolescents no estan preparades, amb l'argument que es troben en una etapa vital incompatible (ja que se suposa que és intrínsecament problemàtica) amb la dedicació, l'atenció i la responsabilitat cap a una altra persona, és a dir, una identitat allunyada d'una maternitat predominant i normalitzada.

Aquestes aproximacions no tenen en compte la complexitat de les maneres i formes diferents de viure la maternitat ni els processos diferents de resiliència que les dones joves posen en marxa per seguir endavant amb el seu rol matern i amb els seus processos d'emancipació adulta alhora (Madrid, Hernández, Gentile i Ceballos, 2019, p. 46), ni els contextos estructurals que travessen la maternitat adolescent, com poden ser les condicions socioeconòmiques, la procedència o l'ètnia, així com les subjectivitats mateixes de les joves.

Estudis recents demostren que la maternitat pot ser una opció buscada intencionadament per les adolescents, sobretot entre joves amb situacions socioeconòmiques més desfavorides, ja que, “ante las perspectivas de tener escasas posibilidades de emanciparse por cuenta propia y de integrarse en el mercado de trabajo, para ellas ser madres representa una ‘estrategia social llena de sentido’” (Berga, 2010, p. 280), és a dir, “una oportunidad para crecer, madurar e independizarse de sus progenitores con un proyecto personal y familiar propio” (Hernández Cordero i Gentile, 2017, p. 38). No obstant això, entre les joves de famílies de classe mitjana l'embaràs precoç es viu d'una manera molt diferent:

[...] “Ellas explicitan otras prioridades personales y sociales [...]. Ser madres es un objetivo importante en sus vidas pero no es deseable ni aceptable que ocurra antes de lo planificado. [...] para la mayoría se trata de obstáculos muy serios en sus procesos de emancipación porque pueden alterar sus condiciones acomodadas y frustrar sus perspectivas de inserción laboral y de ascenso social [...]”. (Hernández Cordero i Gentile, 2017, p. 39)

El qüestionament de la maternitat també està present quan s'exclou les persones amb diversitat funcional de la capacitat de fer-se càrrec dels seus projectes vitals pel que fa a la gestió reproductiva. L'exclusió es fa mitjançant estratègies de control i violència institucional, com ara la pràctica estesa de l'esterilització o de l'avortament forçat. Aquestes intervencions vulnereu directament els drets a la integritat física, a la llibertat sexual i reproductiva, a la salut física i mental i, per descomptat, a la igualtat i la no-discriminació. Les intervencions també es fan a dones en situacions econòmiques desfavorides, principalment migrants, que també són qüestionades pel que fa a la idoneïtat per dur a terme un projecte de família.

En aquest context complex, la nostra intervenció implica reflexionar sobre el model de família des del qual interpel·lem la realitat. Hem de fer una revisió que ens qüestioni què és això de la maternitat, la paternitat i la filiació des d'una ètica de cures, i que alhora inclogui les mesures polítiques i socials que permetin a moltes persones poder afrontar contextos de vulnerabilitat que les col·loquen en situació de desigualtat en la gestió reproductiva i dificulten l'exercici dels seus drets reproductius.

2.3.2. Opcions reproductives

Entenem com a opcions reproductives les mesures que haurien d'estar a l'abast de totes les persones per permetre'ls prendre decisions lliures sobre els drets reproductius, concretament sobre el dret a decidir tenir –o no tenir– filles o fills, sobre quin nombre tenir-ne i quan, sense cap tipus de discriminació, coacció o violència.

Els drets reproductius estan recollits en el nostre ordenament jurídic, a l'article 3 de la Llei orgànica 2/2010, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs, i es despleguen a través de polítiques sanitàries, educatives i socials d'accés universal.

Aquestes polítiques i mesures han estat qüestionades pel Comitè CEDAW, que, en l'informe sobre l'any 2015, va manifestar preocupació pel retrocés en drets, específicament els soferts per les dones en el territori de l'Estat espanyol, com a resultat de les mesures d'austeritat que s'estan aplicant des de l'inici de la crisi econòmica del 2008 (Comitè CEDAW, 2017). Són mesures –com ara la implantació del copagament farmacèutic– que han estat adoptades sota un model de sanitat exclouent, que també deixa fora persones en situació de vulnerabilitat, com ara les persones en situació administrativa irregular al país i les persones amb dificultats socioeconòmiques; un model que, a més, pateix un finançament territorial diferencial (tant entre les comunitats autònomes com dins de cadascuna), la qual cosa produeix desigualtats estructurals en l'accés a les opcions reproductives.

Les polítiques públiques, com els models de família, estan travessades pel model hegemònic de Sexualitat i, per tant, s'articulen a partir dels mecanismes de control que s'activen quan el model es veu amenaçat, tal com exemplifiquem a continuació amb l'anàlisi dels diversos moments que componen la complexitat de la reproducció, com són els mètodes anticonceptius, la gestació, el part, les tècniques de reproducció assistida i la interrupció voluntària de l'embaràs.

Reproducció: l'accés als mètodes anticonceptius

L'arribada dels mètodes anticonceptius ha estat històricament un dels elements clau per a l'emancipació (autonomia) de les dones, però la desigualtat en la informació i en l'accés a aquests mètodes, així com la instrumentalització per controlar la sexualitat de les dones, suposen una vulneració dels drets sexuals i, per tant, de drets humans, tal com assenyala l'OMS (2014) en les seves recomanacions sobre el respecte als drets humans quan es proporciona informació i serveis d'anticoncepció. Aquestes recomanacions inclouen la no-discriminació, la disponibilitat, l'accessibilitat i la qualitat –tant en la informació sobre mètodes anticonceptius com en els serveis de salut reproductiva–, i destaquen la necessitat d'un context d'intimitat i confidencialitat com a requisits fonamentals per garantir l'adopció de mesures anticonceptives d'una manera lliure i autònoma. En el nostre context, aquests requisits estan regulats per mesures polítiques, econòmiques i simbòliques per al seu compliment.

Així, les mesures econòmiques, com el copagament farmacèutic del Sistema Nacional de Salut (SNS), l'exclusió d'alguns mètodes anticonceptius de la cartera de serveis del sistema públic, i la dependència de la distribució gratuïta de preservatius en funció del pressupost disponible i la voluntat política de cada govern autonòmic, són circumstàncies generadores de desigualtat en l'accés als mètodes i que discriminen les persones en situacions socioeconòmiques de precarietat.

Aquestes mesures econòmiques també afecten, sense cap dubte, la qualitat dels mètodes oferts pel SNS, per exemple, en restringir l'accés a alguns mètodes hormonals d'última generació, com l'anell vaginal o els pegats, o a mètodes de llarga durada com el DIU o els implants.

D'altra banda, els serveis d'atenció, dissenyats des d'un model de salut sexual hegemònic vinculat a la reproducció en l'edat adulta, en deixen fora les persones joves, tal com demostra la baixa inversió en la creació de centres d'atenció a la sexualitat juvenil; de fet, el nombre és inferior al que els organismes internacionals recomanen (*Deficiencias e inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España*, 2016) i també exclou les dones lesbianes sota la lògica "dessexualitzadora" a la qual ja s'ha fet referència, que representa les relacions entre dones com a "no evidentment sexuals" (Fernández-Garrido, 2017).

Aquest model hegemònic també és permeable a interpretacions moralistes que poden estar motivant, en alguns casos, mesures per dissuadir l'ús de l'anticoncepció d'emergència, com és apel·lar a l'"objecció de consciència" per part de professionals que identifiquen aquest mètode amb la interrupció de l'embaràs i no com un mètode per evitar-lo. Igualment, l'exigència d'una prescripció mèdica per a aquest fàrmac o l'establiment d'un preu de venda elevat a les farmàcies també suposen una barrera al seu accés per a dones amb baixos recursos econòmics o dones joves.

D'altra banda, els mètodes anticonceptius també són utilitzats com a instrument de control sexual sobre les dones que són anul·lades socialment o de les quals es qüestiona la capacitat per a la maternitat, com passa amb les dones amb diversitat funcional, que són sotmeses a esterilització involuntària o forçosa mitjançant l'anticoncepció quirúrgica sense el seu consentiment, fet que constitueix una agressió contra la integritat personal. En la mateixa línia, la imposició d'un mètode anticonceptiu també implica una vulneració del dret a decidir sobre la reproducció, tal com passa amb la col·locació d'anticonceptius de llarga durada, com els implants o el DIU, a dones migrades amb baixos ingressos econòmics, o a dones adolescents tutelades per l'Administració pública, sota un qüestionament de la seva maternitat, que és classificada com a "maternitat de risc".

Tot això ens situa en el fet que, malgrat les recomanacions dels organismes internacionals en matèria de salut sexual sobre com han de ser les intervencions en la salut reproductiva des d'un marc de drets sexuals, en la pràctica l'ideal hegemònic de Sexualitat també condiona les mesures i les disposicions restrictives en matèria de salut sexual, que, amb l'argument de la crisi econòmica i amb la imposició de polítiques d'austeritat, determinen polítiques públiques que reforcen aquest model, generen desigualtat en l'accés als recursos, i restringeixen l'autonomia de les dones, la seva capacitat de decidir i, per tant, l'exercici dels seus drets reproductius.

Reproducció: embaràs i part

El fet que la gestació es produeixi en el cos de les dones situa totes les seves fases –l'embaràs, el part i el puerperi– en un lloc privilegiat des d'on analitzar els instruments que s'activen per controlar el poder de decisió de les dones. La medicalització dels processos naturals ens servirà per il·lustrar-ho.

Com apunten Dailys García Jordá i Zoe Díaz Bernal (2010):

[...] “En la mayoría de las sociedades occidentales a partir de mediados del siglo pasado, el embarazo, parto y puerperio dejan de ser atendidos por mujeres, parteras y comadronas sin formación médica, fuera del ámbito sanitario, para pasar a ser en el hospital. Se reafirman las bases de la hegemonía de la institución médica con poder sobre la salud, la enfermedad y el nacimiento”.

Sense cap mena de dubte, el control mèdic ha aconseguit una considerable reducció en les taxes de morbiditat i mortalitat materna i neonatal, però tot i així les seves pràctiques són objecte de crítiques per dos grans motius: l'èmfasi en els aspectes fisiològics per sobre dels psicosocials i la tendència a medicalitzar processos biològics.

La medicalització trasllada el privat a l'esfera pública, on els processos de gestació deixen de ser un fenomen compartit entre les dones d'entorns propers, i passen a ser controlats per professionals sanitaris/àries, que dirigeixen, decideixen i estan omnipresents durant tot el procés.

En aquest context, les dones des de l'inici de la gestació són instades a utilitzar els serveis mèdics, els discursos i les pràctiques dels quals s'imposen socialment i construiran l'eix al voltant del qual girarà la quasi totalitat de les seves experiències al llarg del procés. Així doncs, l'embaràs es presenta com un problema de salut concret per a les dones i les seves famílies. Les vivències i percepcions de les dones sobre el seu estat durant l'embaràs són descartades mitjançant criteris “científics”, de manera que l'embaràs és viscut a través dels seus professionals de referència. Se suposa que és el personal sanitari qui és coneixedor de “les coses com han de ser”, mentre les decisions de les dones queden minvades durant tot el procés.

Aquesta medicalització es tradueix, a la pràctica, en un cert nombre de visites mèdiques, analítiques de control, ecografies i proves neonatals amb uns criteris estandarditzats que defineixen un “bon seguiment” de l'embaràs. Quan aquestes pràctiques s'utilitzen de manera indiscriminada tenen conseqüències en la salut i els cossos de les dones, així com en les seves vivències.

Un exemple d'això són les cesàries, els parts traumàtics³⁸ (induccions, extraccions instrumentals i episiotomies), així com l'ingrés de nadons en unitats neonatals. Crida l'atenció que el percentatge de les cesàries a l'Estat espanyol, un de cada quatre parts, superi amb escreix les recomanacions de l'OMS (2015), que estipula com a taxa ideal entre el 10% i el 15%. Les recomanacions apel·len a fer-ne ús quan estigui justificat des del punt de vista mèdic, assenyalen la manca de beneficis per a les dones o els nounats quan el procediment resulta innecessari, i en destaquen les conseqüències següents: “Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, del neonato, así como a cualquier embarazo futuro”.

Aquestes pràctiques, per mantenir l'hegemonia, van acompanyades d'estratègies com ara l'omissió d'informació, una condició imprescindible per poder exercir la llibertat de com viure el procés de gestació, la infantilització de les dones, desvalorant les seves creences i pràctiques, o la culpabilització de les dones que optin per transgredir la norma prenent decisions fora del control mèdic.

Hi ha estàndards de seguiment de la gestació que afavoreixen la desigualtat entre dones amb contextos socioeconòmics i culturals diversos, com ara el copagament de certs fàrmacs (l'àcid fòlic n'és un) o la rigidesa de controls i proves mèdiques, de difícil accés per a dones en situació laboral precària o amb càrregues familiars.

Aquests mecanismes també estan travessats pel model hegemònic de família, de manera que s'exerceix control sobre les dones de qui es posa en qüestió la capacitat de ser mares: dones pobres, migrants o d'ètnia gitana que són “tutelades” durant el seu procés de gestació i també després, durant la criança, a través d'un seguiment social institucional.

Tècniques de reproducció assistida

Les tècniques de reproducció assistida (TRA)⁴⁹ van ser concebudes inicialment per donar resposta a les parelles heterosexuales “estables” amb problemes d'esterilitat, com una manera de poder complir amb el mandat de la reproducció, així com de mantenir la connexió genètica o consanguínia definitòria de la parentalitat.

48. Forma part de l'anomenada *violència obstètrica*. Des d'una perspectiva feminista, s'entén per *violència obstètrica* l'apropiació del cos i dels processos reproductius de les dones per part del personal de salut, que s'expressa en un tracte jeràrquic deshumanitzador, en un abús de la medicalització i en la patologització dels processos naturals. Això comporta una pèrdua d'autonomia i de capacitat de decidir lliurement sobre el propi cos i la pròpia sexualitat i té un impacte negatiu en la qualitat de vida de les dones (Villegas, 2009). Per saber-ne més: <https://undocs.org/sp/A/RES/71/170>.

49. En aquest apartat de la guia farem servir l'acrònim TRA per referir-nos a les tècniques de reproducció assistida, per fer-ne menys feixuga la lectura.

Borrillo, Seffner i Ríos (2018, p. 264) destaquen:

[...] “el acceso a las técnicas de reproducción asistida no se encuentra pensado políticamente, ni construido jurídicamente, sobre la base de un derecho subjetivo o de una libertad individual (como la interrupción voluntaria del embarazo o el uso de anticonceptivos), o de un proyecto parental de la persona o de la pareja (como la adopción), sino como un acto médico que sirve para paliar la esterilidad o evitar una enfermedad grave”.

L'homoparentalitat i les famílies LGTBI+ qüestionen la connexió biològica dels llaços familiars en evidenciar que aquesta és només una de les múltiples formes de crear famílies, però, tot i això, el vincle genètic amb el qual s'identifica el model de família nuclear continua operant dins el col·lectiu LGTBI+, en què les TRA es configuren com un espai privilegiat des d'on reivindicar els drets reproductius.

Aquesta reivindicació, a la pràctica, posa de manifest la dificultat de superar la vinculació familiar al marge de l'heterosexualitat, com és el cas d'algunes mesures aprovades per l'Estat espanyol, com ara l'Ordre ministerial SSI/2065/2014, que defineix com a criteri d'accés “l'absència de consecució d'embaràs després d'un mínim de dotze mesos de relacions sexuals amb coit vaginal sense ús de mètodes anticonceptius”. Així, tot i que la Llei 14/2006 sobre tècniques de reproducció humana assistida estableix en el seu articulat que “la dona podrà ser usuària o receptora de les tècniques regulades en aquesta Llei amb independència del seu estat civil i orientació sexual”, el criteri d'accés de l'Ordre SSI/2065/2014 fa que moltes dones es vegin obligades a acudir al sistema privat per dur a terme el seu projecte vital, de manera que es produeixen desigualtats en l'accés a aquesta prestació.

Algunes comunitats autònomes –on s'han aprovat en els últims anys legislacions per eliminar l'homofòbia, la bifòbia i la transfòbia– han respost a aquestes desigualtats mitjançant resolucions que insten els serveis públics territorials a garantir la no aplicació de la restricció en l'accés a les TRA a les dones amb una parella femenina o sense parella, com és el cas de Catalunya, a través de la Resolució 1069/2015 del Parlament de Catalunya, sobre el sistema públic de salut, i la seva transposició al Protocol de les tècniques de reproducció humana assistida de 2016 (Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2016). El desplegament no ha estat exempt de dificultats i deficiències, tal com han anat registrant els moviments feministes i LGTBI+ a través de la “Campanya feminista pel dret a la reproducció assistida de totes les dones”, i com s'assenyala en el comunicat emès el 30 de juliol de 2017,⁵⁰ que evidencia el biaix de gènere i el sexisme de les polítiques sanitàries i de les pràctiques mèdiques en el context de la salut reproductiva.

El model de família també travessa la decisió de les persones a l'hora de triar una TRA o una altra, tal com analitzarem a través de la lectura de gènere d'algunes de les tècniques.

Per exemple, la **crioconservació de gàmetes**, concretament dels ovòcits, és una tècnica pensada per donar resposta al mandat de gènere, segons el qual les dones en algun mo-

50. <https://campanyadretreproduccio.wordpress.com/2017/07/30/comunicat-de-la-campanya-un-any-despres-de-la-implantacio-del-nou-protocol-dacces-a-tecniques-de-reproduccio-assistida/>

ment de la seva vida tindran el desig de maternitat, però, per una malaltia o per la decisió de retardar en el temps el moment de la gestació, es poden trobar amb dificultats per satisfer-lo. Els serveis públics de salut només ofereixen aquesta tècnica a les dones en tractament, normalment oncològic, i no a les dones que decideixen retardar la maternitat, que hauran d'acudir a una clínica privada, perquè les TRA s'interpreten com un acte mèdic i no com un dret.

A més, des del model de maternitat imperant, aquesta tècnica tampoc no s'ofereix als homes trans* abans de començar el seu procés d'hormonació, per si desitgessin iniciar un procés reproductiu més endavant.

El desig d'un home trans* de gestar és un exemple paradigmàtic del conflicte amb el model del binarisme, que veu com a "incompatible" la gestació amb la decisió de viure com a home, i posa en dubte la seva identitat pel desig de gestació.

La **inseminació per semen de donant** és una altra de les tècniques que desmunta el mandat de la Masculinitat hegemònica, ja que es pot llegir com un qüestionament de la virilitat –en oferir-se com a alternativa a la infertilitat masculina en parelles heterosexuales– i, a la vegada, posa en joc la paternitat biològica.

Aquesta tècnica també és utilitzada per dones lesbianes i dones cis que desitgen tenir una maternitat en solitari i, encara que es compleixi així amb el mandat de gènere, no deixen de qüestionar el model de família en funció de la parella i el sexe en relació amb la reproducció.

Val a dir que en els processos de maternitat lèsbica sovint es posa en dubte l'estatus maternal de la mare no biològica, que és percebuda com de "segona categoria". És un conflicte al qual les mateixes TRA donen resposta amb el mètode de recepció d'ovòcits de la parella (**ROPA**) o de **fecundació in vitro d'una dona amb l'òvul fecundat de la parella**. D'aquesta manera, els llaços consanguinis es mantenen i es produeix un "desdoblament" del model hegemònic de maternitat, entre una maternitat biològica i una maternitat genètica.

Aquesta tècnica, realitzada majoritàriament en clíniques privades, repercuteix directament en el dret de totes les persones a accedir a les TRA, ja que queda restringida a persones amb un nivell adquisitiu elevat.

Una altra tècnica de reproducció assistida és el **rentat de semen** en el cas d'homes infectats per VIH o hepatitis B i C. Aquesta tècnica és adoptada per parelles serodiscordants (terme que denomina les parelles en què un dels membres està infectat/ada pel VIH i l'altre/a no). Tot i que aquesta tècnica va possibilitar que les persones amb el VIH es poguessin plantejar el seu projecte reproductiu, els processos i les pràctiques d'aquesta TRA van resultar d'accés difícil per a moltes parelles, de manera que es generava desigualtat. Actualment, l'eficàcia dels tractaments antiretrovirals, que ha portat a la indetectabilitat vírica i fa que el risc de transmissió del VIH sigui pràcticament nul, planteja altres reptes i necessitats a les dones i els homes que viuen amb el VIH davant dels seus drets reproductius.

La gestació subrogada

La gestació per substitució o subrogada fa referència a l'acord (onerós o altruista) pel qual una dona es compromet a gestar un nadó per a una altra persona o una altra parella. No està admesa en l'ordenament jurídic espanyol, tal com es recull en l'article 10 de la Llei 14/2006 sobre tècniques de reproducció humana assistida, la qual cosa no impedeix que les persones i parelles acudeixin a la subrogació transnacional.

La gestació subrogada és una tècnica que posa sobre la taula qüestions generadores d'un debat extens, en remoure les normes que regulen la construcció social de la maternitat, com són la ruptura entre gestació i maternitat i l'autodeterminació corporal.

La gestació subrogada s'ha convertit en un tema d'inflexió dins el moviment feminista mateix. Hi ha posicions dividides pel que fa a si l'acte de delegar en una altra dona la gestació és un procés d'autodeterminació del cos femení o si, per contra, és una forma d'explotació. Entre els dos extrems oscil·la una multiplicitat de matisos i posicions. Aquests debats s'intensifiquen en un context neoliberal i capitalista, en què les cures, entre les quals hi ha la gestació subrogada, recauen en dones procedents de contextos econòmicament desfavorits o dones migrades en situació de precarietat.

Tot el que hem exposat anteriorment ens condueix a la necessitat d'aprofundir en les reflexions sobre en quina mesura es continua reproduint i mantenint, a través de les TRA, el model de família hegemònic, sobre la instrumentalització dels cossos i la vulneració dels drets reproductius, així com sobre la mercantilització de les pràctiques mèdiques en l'accés a aquests drets.

L'acollida i l'adopció

S'entén per *adopció* l'acte jurídic mitjançant el qual es crea un vincle de parentiu entre una o dues persones, de tal manera que s'estableix entre elles una relació de paternitat o de maternitat. L'acollida és una mesura de protecció a través de la qual un/a menor passa a viure amb una família que no és la seva, en principi de manera temporal, per evitar situacions de desemparament. Aquesta mesura podria entroncar amb la idea de "tribu", en què la responsabilitat del benestar i la cura de les nenes i els nens depèn no només de les figures de parentalitat sinó de tota la comunitat.

Tant l'acolliment com l'adopció són opcions de la gestió reproductiva i introdueixen nous elements en l'anàlisi dels significats de la parentalitat, en desvincular-se dels vincles genètics o consanguinis. Encara que simbòlicament s'ha construït com a alternativa davant la impossibilitat de tenir fills o filles de manera biològica, aquestes opcions de creació de famílies poden representar una filiació clarament dissociada de la reproducció i que permet col·locar l'autonomia de la voluntat en la creació del vincle filial. És a dir, la possibilitat de crear i tenir una família deixa de dependre de la simple capacitat reproductora de les persones i es basa exclusivament en la voluntat de les progenitores que donen en adopció i de les adoptants que acullen (Borrillo, Seffner i Ríos, 2018).

No obstant això, aquestes formes de filiació actualment continuen condicionades pel model hegemònic de família, que es materialitza en l'exigència d'una valoració institucional de la idoneïtat legal, psicològica i social de les persones que opten a l'adopció, segons un ideal que opera com una eina de control i poder d'aquest model. A això, cal sumar-hi les limitacions de les legislacions sexistes del país d'origen de la persona que s'adopta que, en moltes ocasions, prohibeixen el dret a les adopcions homoparentals, a persones que viuen amb el VIH i a altres "maternitats i paternitats" sota sospita, una realitat que es configura com un espai de desigualtats en la gestió reproductiva.

2.3.3. La interrupció voluntària de l'embaràs

Són les relacions de poder, a través del control del cos i de la reproducció, les que es posen en joc cada vegada que una dona interromp un embaràs i que fan de l'avortament, tant en les pràctiques com en els discursos, un fenomen paradigmàtic per revelar la dinàmica de dominació masculina, on l'estreta línia entre el que és personal i el que és polític, el que és públic i el que és privat, es posa en qüestió, i on entren en joc les connotacions morals i religioses atribuïdes a la sexualitat, així com els debats ètics sobre què es considera una vida humana.

L'ordre social vigent continua privilegiant l'homologació de *dona* amb *mare* i exclou els aspectes afectius i volitius que implica una maternitat voluntària. No és possible reduir la maternitat als seus aspectes biològics. La nostra cultura, amb els seus mandats socials, reforça la noció de *dona-mare*, fins i tot la maternitat en si (Nari, 2004). Les dones estan constretes, per circumstàncies que els són externes, a tenir o no tenir fills. Les dones que trien interrompre els seus embarassos estan decidint que no volen ser mares en aquell moment; apropiades dels seus cossos, estan prenent decisions reproductives i trencant amb la definició de dona per les seves possibilitats reproductives.

La interrupció voluntària de l'embaràs representa una ruptura amb com s'ha estat exercint el control sobre el cos de les dones. Així, els significats i les pràctiques de l'avortament voluntari són producte de les relacions de gènere i, per tant, hi conflueixen mecanismes de dominació, però també de resistència per part de les dones. La culpa, el silenci i la censura social que acompanyen l'avortament voluntari són un clar exemple de mecanisme de subordinació, que l'invisibilitzen per evitar que passi de l'esfera privada a la pública. L'avortament ha de ser silenciats i les dones han de saber que han fet una cosa dolenta i, per tant, han d'ocultar-ho. Davant d'aquest mecanisme, el moviment feminista ha respost amb campanyes com "Jo també he avortat", per trencar la divisió entre el que és personal i el que és polític.

[...] "Por tanto, cuando las mujeres reclaman el derecho a decidir abortar, realizan un acto subversivo: están subvirtiendo nada menos que el control de la reproducción". (Rostagnol, 2016)

En els debats sobre la legalització de l'avortament, l'argumentació que es tracta d'un problema de salut pública, fonamentada en les morts de gestants que podrien evitar-se, es revela com un altre mecanisme de control, en què el sistema mèdic "escull" el més adequat per a les dones i elles no decideixen sobre el seu cos. Com assenyala Susana Rostagnol (2016), "recorrir a argumentos cientifistas es desactivarlo políticamente".

Per tant, limitar els avortaments als de tipus terapèutic, és a dir, quan perilla la vida de la mare o del fetus, és negar la voluntat d'una dona de no voler ser mare en aquell moment.

Els arguments científics també són utilitzats en els discursos dels "moviments socials antielecció" per assenyalar l'existència de vida i reafirmar la seva defensa dels drets del fetus, com a separats dels drets de les dones i, per tant, del cos de les dones. Aquesta justificació fins i tot arriba a negar l'accés a l'avortament en els embarassos fruit de violacions, com passa en algunes legislacions, com les vigents actualment a El Salvador, Nicaragua, Hondures, la República Dominicana o Andorra, entre d'altres.

Aquestes limitacions per a l'exercici dels drets s'observen en les pràctiques i els protocols sanitaris imposats a les dones, que traslladen el poder de decidir als i les professionals de la salut, a través del paraigua de "l'objecció de consciència", de manera que vulnereu el dret de les dones a interrompre l'embaràs, o mitjançant pràctiques com fer sentir els batecs del cor a la dona durant l'ecografia, amb la finalitat d'activar el mecanisme de la culpa i persuadir-la (coaccionar-la) perquè canviï d'idea i continuï amb l'embaràs. També resulta coercitiu el període establert de tres dies de reflexió entre la visita mèdica i la interrupció de l'embaràs, encara que la decisió de la dona sigui ferma, una visita que inclou el lliurament de material informatiu, en molts casos no imparcial, sobre ajudes socials per poder continuar amb l'embaràs.

Totes aquestes estratègies qüestionen el dret i la capacitat de les dones de decidir sobre la reproducció. En el cas de les adolescents, aquesta capacitat es veu anul·lada, com passa en la nostra legislació actual després de la reforma de la llei el 2015 (Llei orgànica 11/2015, per reforçar la protecció de les menors i les dones amb capacitat modificada judicialment en la interrupció voluntària de l'embaràs), quan s'estableix per llei l'obligatorietat del consentiment patern o matern per dur a terme la interrupció de l'embaràs a les dones menors de 18 anys. Són, per tant, dones aptes per complir el mandat de gènere de la maternitat, però no per decidir sobre els seus propis cossos. L'obligatorietat del consentiment, a més, no té en compte els contextos socials i familiars en què s'ha produït l'embaràs, tal com reflecteixen les raons expressades en un estudi fet a dones adolescents quan se'ls va preguntar pels motius de no informar-ne els progenitors, entre les quals destacaven "conflictos graves, violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos y situaciones de desarraigo o desamparo" (Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción Voluntaria del Embarazo, 2014).

En el pla polític, també s'activen mecanismes que afavoreixen un accés territorial desigual al dret a l'avortament voluntari, malgrat que hi hagi una llei, com és el cas de l'Estat espanyol (Llei orgànica 2/2010), que estableix que l'avortament es pot dur a terme per lliure elecció de les dones fins a les 14 setmanes, i fins a les 22 setmanes si hi ha risc greu per a la vida o la salut de la dona o greus anomalies en el fetus. Un exemple d'això

són les dificultats d'accés a l'avortament farmacològic, que s'hauria d'oferir a les dones fins a les 7-9 setmanes de gestació, de manera que es retarda la decisió de les dones, sobre les quals, durant un període, seguiran actuant els mecanismes de control social amb l'objectiu de persuadir-les de la seva decisió. O també hi ha altres dificultats que, en el cas de les dones migrades en situació irregular, es tradueixen en l'exclusió directa de l'accés a l'avortament, des de l'aprovació del Reial decret llei 16/2012, de mesures urgents per garantir la sostenibilitat del Sistema Nacional de Salut i millorar la qualitat i seguretat. Aquestes dones, per les seves circumstàncies socioeconòmiques, han de recórrer a tècniques poc segures o a centres de qualitat dubtosa per interrompre l'embaràs, amb el risc que això suposa per a les seves vides.

Des d'un punt de vista interseccional, entendre la reproducció com un dret sexual ens situa en la possibilitat de poder decidir si volem tenir filles/fills o no, quin nombre en volem, quin és el moment més oportú per a cada una de nosaltres. És a dir, es tracta de poder decidir si aquest desig lligat al fet de tenir fills/filles forma part del nostre projecte vital com a éssers humans; poder plantejar-nos les maneres i els moments en els quals traçar les línies d'aquest projecte vital; poder accedir i triar els recursos, les estratègies i la tecnologia reproductiva per poder dur a terme les decisions adoptades en cada moment al voltant de la salut sexual i reproductiva. I, alhora, ens obre la possibilitat de poder donar cabuda a altres formes de "famílies" i de vincles per a la criança.

Per tant, i a manera de tancament, fer efectius els drets reproductius dependrà de la capacitat per reelaborar els models d'abordatge de les intervencions en matèria de salut sexual des d'una perspectiva de drets.



Bloc 3.

Recursos metodològics per a la promoció de la salut sexual des d'un enfocament interseccional i situat

3.1 Claus i eines per a la intervenció comunitària

- 3.1.1 Abans de començar
- 3.1.2 Detecció i diagnòstic de necessitats
- 3.1.3 Disseny de la intervenció
- 3.1.4 Desplegament de la intervenció
- 3.1.5 Avaluació

3.2 Com es poden atendre les necessitats específiques de les persones en la promoció de la salut sexual?

3.3 Algunes especificitats que cal tenir presents en la intervenció comunitària

- 3.3.1 Diversitat cultural
- 3.3.2 Diversitat generacional: infants, adolescents-joves i persones grans
- 3.3.3 Diversitat funcional

3.1. Claus i eines per a la intervenció comunitària

En aquest darrer bloc definirem les fases del cicle de la intervenció comunitària: el diagnòstic de necessitats de la comunitat; el disseny i la planificació; el desplegament de la intervenció, i, finalment, l'avaluació dels resultats. Més que aportar un recull exhaustiu d'eines tècniques per promocionar la salut sexual, volem proporcionar reflexions i claus metodològiques des d'una mirada feminista interseccional i situada, per impulsar intervencions comunitàries sobre la salut sexual des d'un enfocament de drets.

Si hi ha alguna cosa que, sobretot, ens han aportat els feminismes és la pregunta com a eina bàsica d'anàlisi. Per aquest motiu, en la descripció de cada una de les fases del cicle d'intervenció, s'hi troben preguntes que esperem que facilitin el disseny de la metodologia i l'aterratge dels continguts dels blocs anteriors a cada context d'actuació.

Per tant, més que proposar una recepta tècnica per portar a terme intervencions comunitàries, la intenció d'aquest bloc és fer operatius els enfocaments i els continguts de la guia per traslladar-los a la realitat comunitària de les agents i apropar de manera pràctica els drets sexuals a la ciutadania.

En el punt 1.3 hem parlat a bastament sobre com intervenir en l'àmbit comunitari. Per començar aquest darrer bloc, considerem necessari tornar a posar en comú una definició sobre el que entenem per *intervenció comunitària*:

[...] “La intervención comunitaria es el conjunto de acciones destinadas a promover el desarrollo de una comunidad a través de la participación activa de esta en la transformación de su propia realidad. Por tanto, pretende la capacitación y el fortalecimiento de la comunidad, favoreciendo su autogestión para su propia transformación y la de su ambiente. Dando a la comunidad capacidad de decisión y de acción se favorece su fortalecimiento”. (Instituto Interamericano para el Desarrollo Económico y Social, 2002)

Partint d'aquesta definició, podríem definir la intervenció en salut sexual comunitària com el conjunt d'accions comunitàries que faciliten l'exercici dels drets sexuals, l'autodeterminació de les persones en relació amb la cura de la seva salut sexual i la millora dels contextos i determinants socials de la salut sexual.

[...] “una estrategia que tiene como finalidad la mejora de la salud de una comunidad definida. La salud comunitaria contempla la concepción de la salud [...] teniendo en cuenta los niveles macro y microsocial y la participación de las comunidades, las instituciones y sectores sanitarios y no sanitarios en la toma de decisiones”. (Restrepo, 2003)

Cuidar de la nostra salut és poder exercir tots els nostres drets sexuals, i prendre consciència dels drets sexuals és una base indispensable per gaudir de la salut sexual. En aquest sentit, volem fer un pas més enllà en la promoció de la salut sexual i ampliar el nostre horitzó de possibilitats per tal que el conjunt dels drets sexuals sigui respectat, protegit i satisfet per totes les persones que formen part de les nostres comunitats.

Quan pensem en els drets sexuals no ens hem de centrar directament en les possibles problemàtiques, les necessitats o les carències de la comunitat, per exemple en la prevenció de riscos de transmissió d'ITS i VIH i d'embarassos no planificats. Per obrir la nostra mirada, un cop més ens pot ajudar concebre les sexualitatS de les persones com un dels motors més potents del creixement personal, del desenvolupament de la pròpia personalitat i de les relacions socials.

Quan parlem de l'exercici dels drets sexuals, no només estem parlant de l'accés a l'atenció en salut sexual o de rebre informació veraç, oportuna, científica i sense prejudicis, sinó que apuntem més lluny: a la possibilitat que totes les persones, sense cap discriminació, puguem prendre les nostres pròpies decisions en tot allò relacionat amb les nostres sexualitatS; estem parlant d'autonomia i del dret a decidir sobre els nostres cossos.

Recalquem això perquè tradicionalment les intervencions comunitàries en aquest àmbit s'han centrat en les persones joves o en les dones en edat reproductiva, deixant de banda altres persones com, per exemple, les persones grans, les persones amb diversitat funcional, la gent nouvinguda, les persones amb VIH o les lesbianes, entre d'altres.

Per descomptat, considerem important promocionar la salut sexual entre la joventut o entre les dones en edat reproductiva, però la promoció de la salut sexual no pot centrar-se en enfocaments exclusivament vinculats a la prevenció biomèdica de determinats riscos biològics i deixar de banda altres aspectes cabdals dels drets sexuals i oblidar les necessitats d'una bona part de les persones de la comunitat.

Per tant, en els apartats següents mirarem d'aportar claus metodològiques per facilitar el gaudi dels drets sexuals i l'autodeterminació de les persones en relació amb les estratègies de cura de la salut sexual.

3.1.1. Abans de començar

Abans de començar a elaborar la nostra intervenció comunitària convé definir alguns elements:

L'objecte de la intervenció comunitària:
quins temes concrets volem treballar?

Les persones destinatàries:
a qui ens dirigim?

L'objectiu de la intervenció:
amb quina finalitat volem intervenir? Què volem transformar?

El marc teòric:
quins enfocaments sustenten la nostra intervenció?

La resposta a alguna d'aquestes preguntes pot incloure el conjunt de criteris i definicions que ens ajudaran a delimitar conceptualment la nostra intervenció comunitària, el seu disseny, i les estratègies i les metodologies que farem servir.

En aquesta fase, podem fer els passos següents, que ens facilitaran el treball posterior:

1. Predefinició de l'objecte: **quins temes concrets volem treballar?**

Més endavant es poden redefinir de manera participativa segons els resultats del diagnòstic. Partint dels drets sexuals (dret a la informació, a l'equitat, a decidir sobre el cos, a l'autonomia i a la llibertat sexual, a la seguretat del cos, etcètera), podem treballar multitud de temes concrets: l'educació sexual, la coeducació, el sexisme, la deconstrucció de la Masculinitat hegemònica, la diversitat sexual i de gènere, la visibilització de la intersexualitat, l'assistència sexual, la diversitat familiar, les decisions reproductives, la prevenció de les violències sexuals, les estratègies per a la cura de la nostra salut sexual, etcètera.

2. Les persones destinatàries: **a qui ens dirigim?**

Estem a la fase inicial; per tant, es tracta de predefinir les persones amb les quals volem treballar i contextualitzar el nostre objectiu inicial dins de l'entorn comunitari. En l'apartat que segueix, s'ofereixen eines útils per fer un diagnòstic participatiu de la comunitat.

3. L'objectiu de la intervenció: **amb quina finalitat volem intervenir? Què volem transformar?**

Els objectius són la motivació del nostre treball. En aquest sentit, tindran a veure amb el nostre marc teòric, amb el disseny i el desplegament de les nostres intervencions

i, en última instància, amb la filosofia que ens mou. És imprescindible definir bé els objectius (encara que després els reformulem), deixar-los per escrit i que totes les persones que formin part de l'equip els tinguin presents en les fases del cicle.

Per aconseguir tot això, és útil generar un quadre on s'indiquin objectius generals i específics i, també, si ho volem, objectius operatius, que són les accions o activitats concretes que volem dur a terme.

4. Decisió sobre el nostre marc teòric: **quins són els enfocaments que sustenten la nostra intervenció?**

El marc teòric és el conjunt de teories que fonamenten la nostra intervenció. Condicionarà els objectius i els mètodes que farem servir i poden beure de disciplines diverses. El marc teòric es pot definir, també, com el conjunt d'idees i conceptes que decidim prendre com a models, que ens ajuden a problematitzar la nostra mirada i a definir quins són els resultats que volem obtenir.

Cap enfocament és neutre; tots es fan des d'un posicionament polític determinat; per això és **important construir el nostre marc teòric abans de començar**. També des d'un punt de vista ètic és convenient explicitar-ho en la difusió del projecte que despleguem, en el seu desenvolupament, en l'informe o, si escau, en la memòria de la intervenció.

A continuació, presentem un **quadre resum dels principals enfocaments d'aquesta guia**, per facilitar a les agents comunitàries la definició del marc teòric de les seves intervencions comunitàries de promoció de la salut sexual.

Quadre resum dels principals enfocaments d'aquesta guia

Enfocament integral de la salut: Entén la salut sexual com un estat de benestar (subjectiu) físic, emocional, mental i social en relació amb la sexualitat, i d'autonomia per expressar i manifestar formes diverses de viure les sexualitatS.

Constructivisme social: Entén la Sexualitat com una construcció històrica i política, i posa de manifest com els processos de salut no es desenvolupen independentment dels contextos socials, els quals poden augmentar les desigualtats en temes de salut.

Perspectiva dels drets sexuals: Promou l'autonomia, l'empoderament i la capacitat de decidir de les persones en tot allò relacionat amb les seves sexualitatS i la cura de la seva salut sexual.

Perspectiva feminista: Problematitza les relacions de gènere, les categories sexe-gènere, els rols i les relacions de poder, i posa de relleu com les desigualtats de gènere afecten la salut sexual i ens impedeixen gaudir dels drets sexuals.

Perspectiva interseccional: Aborda les desigualtats estructurals (relacionades amb el gènere, la raça, la classe, les capacitats funcionals, la preferència-opció sexual, entre d'altres) que, de manera interconnectada, dificulten el gaudi dels drets sexuals.

Perspectiva de les diversitats: Possibilita visibilitzar totes les identitats, les situacions i les maneres d'expressar i viure les sexualitatS i les relacions afectives d'una forma no jeràrquica i, al mateix temps, dona respostes a les necessitats específiques de les persones.

El model d'intervenció en salut sexual comunitària que proposem parteix de la combinació i la interrelació de tots i cadascun d'aquests paradigmes. Tal com hem assenyalat, aquest marc no és neutre: és polític i pren una posició clara i definida sobre els drets sexuals que determinarà l'abordatge sobre la promoció de la salut sexual comunitària i un compromís amb el canvi i la transformació social.

Per dissenyar la intervenció es pot partir d'aquests paradigmes o bé centrar-se en els que s'adeqüin millor a la filosofia de la nostra entitat o del nostre servei. Igualment, aquest marc teòric es pot complementar amb altres enfocaments que considerem pertinents per al projecte que volem engegar.

Algunes qüestions que ens poden ajudar a aterrar el marc teòric a la nostra pràctica i al nostre context comunitari són:

Té la meva organització un posicionament polític en relació amb els drets sexuals?

Estem compromeses amb la transformació de les desigualtats de gènere?

Quins aspectes de les nostres sexualitatS ens hem de revisar abans de promocionar la salut sexual?

Quines dimensions conformen la posició social des de la qual intervenim?

Com incorporem la perspectiva de les diversitats?

Com promovem el dret a decidir de les persones?

Reconeixem el treball dels moviments feministes sobre els drets sexuals?

La resposta a aquestes preguntes ens ajudarà a dissenyar la nostra intervenció i a definir els nostres objectius i les estratègies i els instruments que ens facilitaran dur a terme els nostres propòsits.

Algunes claus metodològiques per a la intervenció en salut sexual

En consonància amb el marc teòric proposat en aquesta guia, les metodologies per a la intervenció comunitària en salut sexual que es proposen a continuació s'han elaborat des dels feminismes.

Aquestes claus metodològiques ens poden acompanyar al llarg de tot el cicle de la intervenció: ens permeten detectar necessitats i analitzar-les i fer propostes de transformació; ens ajuden a definir els nostres objectius i a dissenyar les nostres intervencions; ens faciliten triar els continguts prioritaris, els instruments, els materials de suport; ens interpel·len (a les agents comunitàries i a les nostres organitzacions) com a agents de canvi social.

Tot i que estan molt relacionades entre si, les expliquem en format de quadre per facilitar-ne la lectura i proposem exemples per aterrar-les a la nostra pràctica comunitària:

La reflexibilitat: es pot definir com un procés polític de reflexió personal i col·lectiva en el qual es problematitzen qüestions d'índole pràctica i quotidiana incorporades com a part del sentit comú dominant o la normativitat imperant en el context. És l'habilitat per reconèixer que es parteix d'un punt de vista subjectiu que condiciona el procés d'intervenció comunitària. Ens pot ser molt útil per **entendre la pròpia posició dins del context social** al qual ens dirigim.

Si volem engegar una intervenció amb infants: quins elements de la nostra sexualitat ens hem de revisar per acompanyar el desenvolupament de les sexualitats a la infància?

Si volem engegar una intervenció per visibilitzar de manera positiva la diversitat sexual i de gènere, ens pot ajudar preguntar-nos com ens ha influït l'heterosexualitat com a norma? Hem gaudit dels seus privilegis?

Els coneixements situats: es tracta de l'acció de reconèixer i visibilitzar el lloc des del qual interpretem el món, la seva configuració en termes interseccionals i polítics i el seu efecte sobre els sabers i els coneixements que produïm. Un marc feminista considera que el coneixement està subjecte a marcs d'interpretació i a relacions de poder i, metodològicament, busca escoltar veus diferents en contextos on es privilegien uns coneixements davant d'altres.

Quan treballem amb persones, ens trobem amb múltiples dimensions i en cada situació concreta hem de veure quines són rellevants per a la nostra intervenció. En

aquest sentit, cada intervenció és diferent, atès que es construeix a partir de les necessitats, els sabers i els desitjos de les persones participants:

Si volem fer una intervenció amb perspectiva intercultural i volem evitar caure en l'etnocentrisme, quins coneixements i sabers he d'incorporar a la meva intervenció per poder treballar amb persones amb codis culturals diferents dels meus?

Si estem desenvolupant una intervenció sobre educació sexual, és convenient reconèixer i explicitar des d'on parlem: quins aspectes formen la meva posició social i quins elements són rellevants en la meva sexualitat? La meva preferència-opció sexual i la meva identitat entren dintre de la norma? Quin és el meu bagatge professional, cultural, etcètera?

Per exemple, si volem fer una intervenció d'educació sexual per a joves i considerem com a rellevants la dimensió intercultural o la precarietat econòmica, a l'hora de pensar un recurs audiovisual ens seran més útils uns referents propers a la seva realitat que no pas un recurs protagonitzat per persones blanques de classe mitjana.

Per últim, una metodologia situada significa incorporar a les nostres intervencions un caràcter crític i transformador sobre el marc hegemònic de la Sexualitat i les desigualtats socials, per afavorir la construcció d'altres formes d'existència i mons possibles on puguem gaudir plenament dels nostres drets sexuals.

El desplaçament de les diversitats al centre de la mirada: possibilita desplaçar al centre de la intervenció comunitària totes les identitats i totes les situacions i maneres d'expressar i viure les sexualitatS i les relacions afectives d'una manera no jeràrquica, i, alhora, dona respostes a l'hora de detectar i atendre les necessitats específiques de les persones en salut sexual. A la pràctica, es tracta de fer visible allò invisibilitzat i donar valor a allò desvaloritzat:

Si volem fer una intervenció de prevenció de transmissió del VIH, com incorporem a la intervenció les sexualitatS de persones no heteronormatives, de persones que viuen amb el VIH o de persones amb diversitat funcional?

Les metodologies participatives: consisteixen a situar les persones com a protagonistes i subjectes actives en la construcció dels seus drets sexuals, en la detecció de les seves pròpies necessitats, en la producció dels seus propis sabers i en l'elecció de les estratègies de cura de la salut sexual que s'adaptin millor al seu context.

Una metodologia participativa sempre implica no perdre de vista el pla igualitari en la relació de les agents comunitàries amb les persones de la comunitat; suposa validar els coneixements de les altres per obrir espais de producció de sabers col·lectius, i implica desmuntar, diluir la figura d'autoritat de l'agent comunitària. Si volem promoure relacions igualitàries, hem de tractar les persones en un pla d'igualtat; això implica trencar la lògica que col·loca l'agent com a portadora de coneixements i les persones participants com a receptores d'aquests coneixements, i obrir espais d'interacció on els sabers es construeixen conjuntament.

La responsabilitat social de l'agent comunitària: en relació amb el que acabem de comentar, hem de trencar amb l'ús instrumental de les persones i els col·lectius. Com a agents comunitàries, tenim responsabilitats vers la comunitat. Aquestes responsabilitats no tan sols tenen a veure amb disposar de fons públics sinó també amb l'impacte de les nostres intervencions en la vida de les persones; hem de tenir molta cura de no generar efectes negatius.

Per exemple, si estem desenvolupant una intervenció de prevenció del VIH, hem d'estar atentes a no reproduir prejudicis que hi estan relacionats com, per exemple, la serofòbia, l'homofòbia o l'estigma cap a les persones amb consum problemàtic d'heroïna.

Si fem servir metodologies participatives, hauríem d'incloure les veus de la comunitat des del començament i durant totes les fases del cicle de la intervenció comunitària; tanmateix, és important la devolució a la comunitat dels resultats i l'avaluació. Hem de ser conscients de la nostra responsabilitat social i cuidar els vincles que construïm per mantenir la confiança de les persones i els col·lectius implicats.

A més, des de la perspectiva de drets, cal tenir presents també:

- **El principi d'interdependència dels drets sexuals:** no perdem mai de vista la seva condició d'interrelació. Els drets es complementen de forma conjunta, de manera que el ple exercici de cadascun dels drets no és possible sense el desenvolupament de la resta.

Si pensem en una intervenció sobre la promoció de l'ús d'anticonceptius, a més del dret a la informació i a planificar una família, hem d'incloure-hi els drets a l'equitat, a decidir sobre el cos, a l'autonomia, a la llibertat sexual, etcètera.

- **El caràcter universal dels drets sexuals:** hem de vetllar pel respecte dels drets sexuals de totes les persones, de totes les edats i de totes les opcions.

Si en una intervenció sobre qualsevol temàtica vinculada a la salut sexual apareixen comentaris racistes, LGTBI-fòbics, sexistes, capacitistes, edatistes i d'altres que vulnerin drets, hem de posicionar-nos clarament i no deixar-ho passar a fi que el dret a l'equitat sexual no en resulti afectat i tota la intervenció deixi de tenir sentit.

Si estem desenvolupant una intervenció sobre diversitat familiar, també hem de fer valer la decisió de les persones de no reproduir-se.

- **La promoció dels drets sexuals com a promoció de processos d'empoderament, agència i resiliència:** recordem que el dret a decidir sobre el propi cos és la base per generar processos col·lectius, presents també en les nostres intervencions, que incrementin la construcció d'autonomia de les persones i amplii la seva destresa per decidir sobre les estratègies de cura de la seva salut sexual i transformar els seus entorns.

3.1.2. Detecció i diagnòstic de necessitats

Fer un bon diagnòstic comunitari és essencial per dur a terme intervencions comunitàries que s'adeqüin a les necessitats de les persones i en millorin les capacitats per cuidar la seva salut sexual. En poques paraules, diagnosticar és determinar quines són les necessitats, les problemàtiques i les preocupacions de les persones amb les quals treballarem, i l'estat de la qüestió i de quins elements, limitacions i potencialitats partim. El diagnòstic ens ofereix, d'una banda, una informació bàsica per programar intervencions concretes i, a més, ens pot servir per formular els objectius de la intervenció i les estratègies d'actuació.

En aquesta fase, concretem el “problema” sobre el qual volem treballar, a qui afecta i què volem aconseguir amb la nostra intervenció. **A l'hora de dur a terme el diagnòstic, és important contextualitzar la comunitat** fent una identificació prèvia, per exemple, de les característiques sociodemogràfiques i socioculturals, els nivells educatius, els sistemes de salut, les necessitats, els problemes, o els recursos i dinàmiques comunitàries. Això ens guiarà cap a la formulació de propostes. Abans de definir i dissenyar la nostra intervenció comunitària hauríem de parlar amb moltes altres persones: professionals que treballen a la comunitat, persones voluntàries i persones destinatàries de la intervenció. Però també podem decidir tenir en compte altres perfils com ara, per exemple, persones influents en el context en el qual s'insereix la intervenció, públic indirecte, especialistes en el tema o persones que hi tinguin una experiència rellevant, etcètera.

El diagnòstic que proposem:

Incorpora la participació de les persones destinatàries de la intervenció. És important que, des del començament, les persones siguin protagonistes en la definició del diagnòstic, els problemes, els objectius i les alternatives, així com en l'avaluació de la intervenció.

En molts casos, les intervencions es limiten a accions puntals sense tenir en compte l'opinió de les persones destinatàries. Si volem treballar l'empoderament i la igualtat de gènere, per què no incorporem les seves veus des del disseny de la intervenció?

Reflecteix la multiplicitat de veus tenint en compte les relacions de poder que es donen en el context comunitari i la seva representació. Hem d'anar amb cura de no ocultar que entre persones amb perfils similars o experiències comunes poden haver-hi desigualtats importants. Aquestes diferències de poder i de rol en el grup també ens proporcionen molta informació sobre les dinàmiques socials i és interessant recollir-les.

Per exemple, si es tracta d'un grup de persones grans, podem detectar si hi ha relacions desiguals de gènere que seran rellevants per al disseny de la nostra intervenció.

Incorpora les subjectivitats contextualitzades: permet accedir a l'univers de significació de les persones, destacar-lo i situar-lo en un context donat.

Té un abast comunitari: no es tracta de diagnosticar la situació d'un individu, un grup o una institució sinó les necessitats d'una comunitat.

El diagnòstic és el punt de partida del disseny de les nostres intervencions. És important ser conscients del temps que s'hi pot dedicar a fi de planificar el diagnòstic d'una manera realista. Les tècniques que es plantegen a continuació s'han d'adequar a les nostres possibilitats i s'han d'adaptar a cada procés i a cada context d'intervenció: no cal utilitzar totes les eines de recerca, ni tampoc explorar tots els àmbits d'actuació.

Documentació

Un cop tinguem clar el que volem investigar amb el nostre diagnòstic, cal recopilar la informació tenint sempre present que la finalitat és detectar necessitats, establir punts forts i punts febles i plantejar les línies principals de la futura intervenció comunitària.

La documentació és una eina de recerca que podem utilitzar durant tot el cicle de la intervenció, però en aquesta fase és quan té més protagonisme. Necessitem recopilar tota la informació possible relacionada amb el nostre projecte i també informació sobre estudis, memòries, avaluacions, etcètera, de projectes semblants al nostre i que ens facilitin el disseny de la nostra intervenció en salut sexual. Pot ser molt útil, per exemple, fer una revisió de les intervencions fetes fins ara o activitats relacionades amb la nostra intervenció:

- ⊙ Hi ha intervencions prèvies? Com ha sigut l'acollida per part de la comunitat? Què han aprofitat? Quines dificultats s'han trobat?

És important recollir informació de dos tipus de fonts: primàries, és a dir, aquelles a les quals accedim directament, i secundàries, que serien fonts a les quals accedim a través d'altres recerques, de la premsa, d'enquestes fetes per altres persones o institucions, etcètera.

Les fonts han d'estar ben citades, excepte en el cas de fonts primàries amb les quals ens hàgim compromès a mantenir l'anonimat. En aquest cas, hem d'assenyalar si hem canviat el nom de les persones consultades o entrevistades, i serem nosaltres les "fonts" fiables d'on procedeix la informació, ja que se'ns ha transmès directament.

A continuació expliquem diverses tècniques per recollir informació de fonts primàries per confeccionar el nostre diagnòstic.⁵¹

51. Per trobar materials de suport i orientacions metodològiques, pots consultar el projecte Avalua+, disponible a <http://salutsexual.sidastudi.org/es/zonapedagogica/evalua>.

L'enquesta:

És un mètode quantitatiu que recull informació a través d'un formulari o qüestionari que ha de ser respost per una mostra de població, és a dir, per un nombre determinat de persones que considerarem representatiu.

L'objectiu de l'enquesta és generar una sèrie de dades quantificables, és a dir, que pugem agrupar en petites porcions segons un consens més o menys ampli. És necessari que els conceptes que utilitzem, les variables, les situacions que volem quantificar, siguin fàcilment recognoscibles en un context donat, tant per les persones estudiades com pel públic que rebrà els resultats (nosaltres mateixes, l'equip del programa, la institució que ha fet l'encàrrec, la comunitat científica, etcètera).

Les preguntes poden ser obertes (la resposta és lliure) o tancades (s'ofereixen per endavant dues o més respostes possibles). Un qüestionari amb preguntes tancades és més fàcil de comparar i el buidatge serà més ràpid, però no sempre és possible o útil per als nostres objectius. Si les persones han estat introduïdes en el tema i ja han pogut estructurar una mica la seva opinió, una enquesta amb preguntes tancades pot ser eficaç. Si no és el cas, és millor fer algunes preguntes obertes. Les preguntes tancades també poden funcionar depenent del grau de coneixement general sobre tema –si el tema és ben conegut, si és fàcil d'identificar perquè està present en els mitjans de comunicació, si és comú en l'entorn professional o d'edat de les persones enquestades–. Si hi ha dubtes sobre la definició dels termes emprats, forts debats, ambigüitat, etcètera, és millor emprar preguntes obertes.

Una de les dificultats principals a l'hora de construir les preguntes per a un qüestionari és l'ús de certs conceptes que al·ludeixen a problemàtiques estructurals que travessen la societat. Entenem que són estructurals les maneres de mirar, idees, actituds, conductes i situacions que gaudeixen d'un recorregut històric, estan ancorades en institucions formals i informals, en maneres de fer tradicionals i són habitualment normalitzades a través de l'oblit de la mateixa història que les ha ancorat. Són les idees i els comportaments que percebem com a “naturals” i que solem interioritzar i encarnar al llarg de la vida.

- ⊙ Si volem fer una enquesta sobre la percepció de la violència sexual, per exemple, hem de tenir en compte que el terme mateix té significats diferents segons les experiències de les persones i segons les posicions estructurals que ocupin en la societat (que impliquen més o menys poder social) i que, per les seves característiques (interiorització i normalització de la violència cap a les dones i dissidències sexuals), poden ser difícils de detectar. En aquest sentit, aportar elements descriptius, concretar el context de la situació, evitar adjectius o adverbis quantitatius (molt, poc, massa, etcètera), pot ajudar a evitar biaixos.

Convé que el qüestionari sigui gradual en dificultat i aproximació al tema. Les preguntes de filtre han d'anar al principi (preguntes que invaliden el qüestionari, per exemple, si busquem persones amb una característica específica). Pot haver-hi una part introductòria amb preguntes més fàcils, la part central i una part final conclusiva i més senzilla, o bé poden estar organitzades per blocs temàtics. S'anomena “seqüència de l'embut”

l'ordre de preguntes de més general a més específic. Aquí es pretén evitar que les primeres preguntes condicionin o esbiaixin les següents. La “seqüència de l'embut invertit” és útil quan volem aprofundir en un tema, és a dir, conèixer què motiva la posició de la persona entrevistada.

- ⊙ Per exemple, podem preguntar primer si està a favor o en contra de l'avortament i després preguntar sobre condicionants socials que puguin explicar aquesta posició.

Grup de discussió:

Aquesta eina consisteix a organitzar una trobada d'un grup de persones per debatre una o més preguntes relacionades amb el tema de la intervenció. El grup focal ens permet accedir a relats i opinions individuals en un context d'interacció, la qual cosa permet, a més, observar com es construeix el relat col·lectiu, com es relacionen entre si les persones implicades, quines jerarquies hi ha, etcètera. La idea del grup de discussió és que les persones participants puguin dialogar entre si sobre un tema proposat. Ha d'haver-hi una persona moderadora que condueix el debat, planteja els temes, es preocupa perquè es puguin expressar totes les veus, etcètera. Si és possible, es recomana que una persona diferent de la moderadora faci l'observació i el registre.

Aspectes que cal tenir en compte:

- No es tracta d'una mediació ni cal arribar a consensos.
- Convé que hi estiguin representades opinions diferents, però no cal buscar la confrontació.
- És recomanable que el grup no sigui de més de deu persones. Si decidim treballar amb un grup més ampli, haurem de posar en marxa dinàmiques de discussió per a grups més petits i retorn a tot el grup.

Formar el grup

Per formar el grup busquem perfils més o menys similars: persones que ocupen un mateix lloc en el projecte, per exemple, usuàries d'un servei o joves a les quals s'han impartit tallers; persones que hagin passat per una experiència vital similar, encara que les seves vivències i sentiments siguin diferents; persones d'una mateixa franja d'edat, situació laboral, identitat sexual o de gènere, etcètera. També s'utilitza l'expressió *grup d'iguals*, encara que hem d'anar amb compte de no ocultar que, entre persones amb perfils similars o experiències comunes, poden haver-hi desigualtats importants. Aquestes diferències de poder i de rol en el grup també ens proporcionen molta informació sobre les dinàmiques socials i és interessant recollir-les.

Com moderar un grup

Aquí proposem un exemple de les etapes d'un grup de discussió amb una durada d'una hora i mitja aproximadament:

1. Presentació de la persona entrevistadora i ronda de presentacions de les persones assistents. S'explica bé l'objectiu de l'entrevista i quines són les consignes del debat: no jutjar, respectar els torns, raonar els arguments i explicar fins on es vulgui. Cap participant està obligada a exposar-se. Es demana que cada persona expliqui alguna cosa sobre si mateixa: situació personal, entreteniments, etcètera (10-15 minuts)
2. Exploració inicial. Entrar en el tema amb preguntes generals: quina és la vostra relació amb el tema? (10-15 minuts)
3. S'indaguen necessitats: quines són les teves necessitats respecte al tema i per què? Què sents respecte al tema, quines són les teves reflexions, etcètera? Cal procurar que les respostes estiguin argumentades i que s'exposin els "per què" més que els "què". (10-15 minuts)
4. S'indaguen conflictes, experiències respecte al tema. Es mira d'aprofundir-hi. (15-20 minuts)
5. S'indaguen valoracions i propostes per al futur, propostes de millora o noves. Si ja existeixen propostes o hi ha plans, es plantegen i es recullen les opinions i reflexions. (15 minuts)
6. Es fa el tancament, s'agraeix la participació i es demana que es valori l'activitat: s'ha estat a gust? s'ha pogut expressar tot el que es volia o han quedat coses per dir? (10 minuts).

Per recollir la informació podem utilitzar mitjans de registre audiovisuals (amb consentiment previ). Si utilitzem només àudio, cal prendre notes sobre allò que percebem de manera no verbal: moviments, postures corporals, silencis, gestos, etcètera. Tractar de descriure la situació en el moment, amb algunes anotacions, pot ser interessant per avançar en el buidatge i la interpretació, perquè en el moment que escrivim ja estem interpretant. Després de la trobada, hem de buidar els discursos que hem recollit i classificar-los per temàtiques o conceptes clau, per posar-los en comú amb la resta d'informació que estem recollint a través de la documentació, l'observació i les entrevistes.

L'entrevista:

És una eina de recerca qualitativa; no busca elements que es puguin quantificar sinó informació més detallada, descriptiva i explicativa i també emocions i punts de vista. És un diàleg directe que mantenim amb una persona l'experiència o coneixement de la qual considerem rellevant. A través de l'entrevista podem accedir a una narració de fets del passat, o que no podem observar, sempre des d'un punt de vista subjectiu o de l'experiència de la persona entrevistada.

Si tenim un mapa d'actors/actrius, decidir a qui entrevistem pot ser més fàcil. Després d'una primera fase en la qual emprem aquestes tècniques, podem seleccionar “informants clau”,⁵² és a dir, persones en les quals hem detectat una diversitat de discursos, punts de vista o coneixements que ens puguin servir per assolir el que necessitem. A vegades, l'elecció també està condicionada per la disponibilitat i voluntat de les persones: l'entrevista requereix més dedicació de temps i, si hi ha bona disposició, serà més fàcil mantenir el contacte, tornar a quedar, aclarir dubtes que puguin sorgir més endavant, etcètera.

Si comencem el nostre treball de camp⁵³ a través de l'entrevista, tant si és perquè no hi ha un lloc físic per endavant on observar com perquè no hi ha un “grup de persones delimitat”, podem emprar la tècnica de la “bola de neu”, que consisteix a conèixer nous informants a través de les persones que entrevistem.

Quantes entrevistes cal fer? Tantes com discursos vulguem recopilar. Quan els discursos es comencen a repetir, es produeix la “saturació” i és el moment de parar. Pot passar que per falta de temps o recursos no puguem continuar fent entrevistes, malgrat que sentim que encara no tenim punts de vista o experiències suficients. És important ser conscients d'aquests límits i expressar-los. També es pot intentar cobrir aquestes mancances amb tècniques que requereixin menys temps o recursos, com poden ser converses ràpides en persona, per telèfon o un grup de discussió.

Algunes indicacions:

- Cal tenir sempre presents els objectius de l'entrevista i el temps del qual disposem. Es recomana que no duri més de dues hores.
- El registre de l'entrevista es pot fer a través de notes en paper o enregistrament d'àudio. Cal recordar demanar permís per gravar i per fer ús de dades personals. És important cuidar l'anonimat i no facilitar comentaris que puguin donar lloc a “rumorologia”.
- Cal explicar qui som i per a què és l'entrevista.
- Cal observar el context de l'entrevista i buscar un lloc tranquil, lliure de distraccions i soroll on es pugui garantir la privacitat. Pot ser positiu entrevistar la persona en el seu propi context; estarà més còmoda en trobar-se al seu espai de seguretat.
- Convé començar amb preguntes més generals i anar passant a les concretes.
- L'entrevista se centra en la persona: en les seves opinions, relats, experiències: tot això no és qüestionable. No hem de fer judicis de valor, encara que la nostra opinió sigui completament diferent.

52. Denominem *informants* totes les persones que ens poden facilitar informació en el nostre procés de recerca. Són bàsicament les persones que participen en el projecte, pla o servei que avaluem.

53. Anomenem *treball de camp* el nostre procés de recerca, en el qual recopilem totes les dades i les informacions necessàries.

- Cal intentar aprofundir en els temes plantejats i no quedar-se amb opinions superficials, sinó buscar valoracions, experiències, relats complets, etcètera.
- L'actitud de qui entrevista ha de ser passiva, d'escolta i facilitació. Convé mirar la persona entrevistada, deixar-li temps per pensar, respondre, no interrompre. També convé mostrar interès, ordenar el discurs i cerciorar-nos que ho hem entès.

Tipus d'entrevista

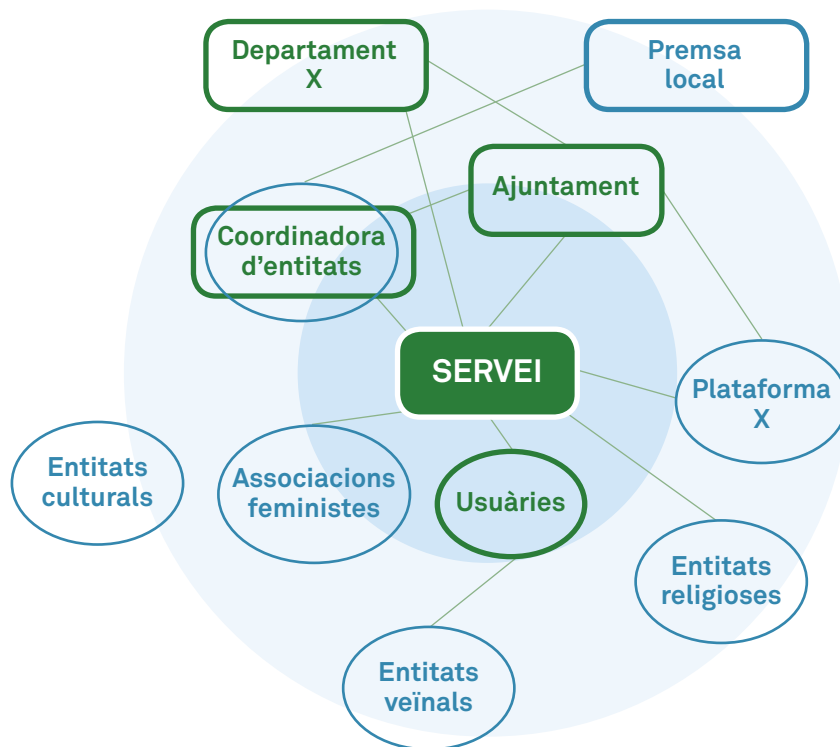
- **Les entrevistes tancades o directives** consisteixen en l'administració d'un qüestionari de manera presencial i personal. Aquesta tècnica també la podem considerar una modalitat d'enquesta que simplement permet aclarir dubtes, observar o "controlar" com s'emplena el qüestionari.
- **Les entrevistes semiestructurades** giren al voltant d'un tema concret. És important reconduir el diàleg si la persona es desvia, i plantejar preguntes concretes perquè pugui entendre què volem saber. Les preguntes han de ser obertes per poder recollir diversos matisos i que la informació, si bé filtrada, sigui com més detallada millor.⁵⁴
- **L'entrevista oberta o lliure** pot abastar múltiples temàtiques i, partint de preguntes o temes de conversa, pot desviar-se cap a qüestions que interessin o afectin més la persona entrevistada. També busca centrar-se més en la seva biografia i, per això, podem remuntar-nos més en el temps, molt abans. Convé arribar a l'entrevista amb un guió que ens permeti explorar els temes que ens interessin i navegar per temporalitats diferents, i que alhora ens permeti no sortir del guió predefinit. Òbviament, aquest tipus d'entrevistes requereixen més temps i recursos.
- **La història de vida** és un relat més profund i amb més detall centrat en la biografia de la persona, és a dir, en la seva trajectòria i els seus moments vitals clau en un context o contextos donats. Sol requerir diverses entrevistes i trobades amb la persona i cal aconseguir un cert grau de confiança i intimitat. Aquí preval la subjectivitat, la manera de pensar, les motivacions de la persona i la seva relació amb el món, perquè és una manera d'arribar a la realitat a través dels seus ulls i experiències. En un diagnòstic no se sol utilitzar aquest mètode, sobretot per qüestions d'operativitat (requereix recursos, no es poden controlar els tempos ni assegurar resultats), però podria ser una manera de tenir un coneixement precís sobre el funcionament de certs programes, serveis o institucions que acompanyen la persona al llarg de la seva vida o d'una manera molt significativa, com per exemple l'acompanyament mèdic en certs processos vitals com ara la transició de gènere, l'embaràs, etcètera.

54. En el quart informe Noctàmbul@s 2017, podem trobar un exemple de guió per a entrevista semiestructurada. Pots consultar el document complet i també les pàgines 111 i 112 de l'annex, on pots llegir les preguntes que es van formular. Guión de entrevistas semiestructuradas, Noctàmbul@s: salutsexual.sidastudi.org/resources/doc/180619-guion-entrevista-noctambulas-2619883730267679510.pdf

El sociograma o mapa social:

El sociograma és una eina gràfica que ens ha d'ajudar a visualitzar ràpidament quines són les agents implicades i les relacions que hi ha entre elles. Es pot fer de moltes maneres: en forma de llista o de quadre, de manera estàtica o en moviment, a mà o amb eines de disseny. Elaborar un sociograma ens ajudarà a visualitzar qui és qui i qui fa què, i a decidir quina informació necessitem i qui ens la pot proporcionar. Podem indicar les influències, les tensions, les relacions de poder, així com la proximitat amb el projecte, els rols i els interessos. Les dades més superficials per al sociograma o mapa social es poden recopilar, per exemple, fent una llista de les institucions i els col·lectius que tenen a veure amb la intervenció, o distingint si són institucions oficials o entitats de la societat civil i quina relació tenen amb la comunitat.

D'altra banda, a escala més micro, podem establir les actrius implicades o influents en el context: usuàries, treballadores, associacions de veïnes, agents clau (referents per a una comunitat o col·lectiu). Podem triar formes o colors per distingir administració, serveis públics, entitats que presten serveis, associacions i col·lectius o grups informals; o bé desenvolupar el mapa en nivells diferents: polític, tècnic o ciutadà. Les relacions entre les agents es poden dibuixar de forma diferent segons si són relació de dependència, relació feble, relació forta, conflicte o relació d'aliança.



Font: projecte Evalúa+. Més informació:

<http://salutsexual.sidastudi.org/es/zonapedagogica-grupos/EVALUAR/zonapedagogica-grupo/evalua-mapa-de-actores>

L'anàlisi de xarxes comunitàries:

És important tenir present la xarxa comunitària per no fer intervencions aïllades. El mapa d'actius de salut sexual i reproductiva de Barcelona⁵⁵ és un recurs que pot facilitar la configuració del nostre sociograma i l'anàlisi de xarxes, ja que es tracta d'una construcció col·laborativa de salut que identifica els actius que treballem en salut sexual al nostre territori. La cooperació amb els moviments pot ser un canal d'intercanvi de sabers i pràctiques en matèria de drets sexuals. És important reconèixer el treball de les associacions i els col·lectius polítics, conèixer-ne les reivindicacions i entendre els debats polítics en què estan immersos.

- ⦿ Hi ha col·lectius que treballin pels drets sexuals de les persones amb diversitat funcional, grups de dones, associacions LGTBI+ o assemblees feministes en la nostra comunitat?

Redacció de l'informe i difusió:

Una vegada recollida tota la informació, arriba el moment de redactar l'informe del diagnòstic. En aquest document contextualitzem i analitzem les dades recollides a través de les fonts secundàries i primàries.

Durant el procés de diagnòstic, haurem recollit necessitats, prioritats, propostes d'accions per part de les participants, debilitats i fortaleces d'intervencions que ja s'estaven duent a terme, etcètera. A la vegada, però, haurem identificat problemàtiques que no s'estan abordant des de cap intervenció comunitària. Per aquest motiu, un cop tancada la fase de detecció de problemàtiques, és recomanable fer un procés centrat a identificar específicament accions que cal incloure en el nostre projecte d'intervenció comunitària.

És important incloure-hi un apartat amb les conclusions principals de la nostra investigació per aclarir quines són les necessitats fonamentals que hem detectat. Tanmateix, és convenient difondre el diagnòstic entre les persones que hi han participat per motivar-les amb el projecte en les futures fases del cicle de la intervenció comunitària.

55. El mapa d'actius esmentat es pot consultar a <http://mapadactiusensalut.barcelona/>

3.1.3. Disseny de la intervenció

En aquesta fase dissenyem la nostra intervenció i entrem més en detall. Es tracta de definir elements com ara els objectius, els continguts, la identificació de les persones a les quals ens dirigim, la metodologia que volem posar en pràctica, els criteris avaluadors, les accions o activitats que portarem a terme, etcètera.

A l'hora de dissenyar la intervenció comunitària, hem de tenir presents els aspectes següents:

- Les conclusions del diagnòstic.
- Quant de temps podrem dedicar a la intervenció en un sentit longitudinal.
- Qui se n'encarregarà i amb quina disponibilitat o dedicació.
- De quins recursos econòmics disposem.

És convenient ser realistes, ja que pretendre fer una intervenció a llarg termini sense disposar, per exemple, de la formació pertinent ens pot frustrar i descoratjar en futures intervencions. Altres dificultats que ens podem trobar són: la falta de formació per part de l'equip, la precarietat econòmica dels serveis, entitats o programes que donen suport a la nostra intervenció, un context comunitari extremadament canviant i complex, etcètera.

En aquesta fase, **fixarem definitivament els nostres objectius**, que han d'estar alineats amb el diagnòstic i ser coherents amb el marc teòric i adequats als recursos dels quals disposem. Pot ser útil generar un quadre en el qual s'especifiquen objectius generals i concrets, i també, si volem, objectius operatius, que són les accions concretes que volem dur a terme.

Taula d'objectius:

Objectius generals	Objectius específics
01	Oe1.1
	Oe1.2
	...
02	Oe2.1
	Oe2.2
	...
...	...

Durant el procés de diagnòstic, haurem recollit propostes, haurem pogut comprovar activitats que ja s'estaven duent a terme i podrem conèixer altres projectes que s'hagin desenvolupat en altres contextos. A la vegada, però, haurem identificat problemàtiques per a les quals no hi ha propostes d'intervenció. Per aquest motiu, un cop tancada la fase de detecció de necessitats, és fonamental fer un procés de reflexió i anàlisi centrat a identificar específicament les activitats que inclourem en el nostre projecte d'intervenció comunitària. En aquest procés prioritzarem unes accions i en descartarem d'altres. A cada objectiu específic, li ha de correspondre un conjunt d'accions, les quals han de ser redactades de manera clara però no excessivament concreta, ja que cal tenir cert marge per acabar-les de perfilar.

Altres passos que hem de fer en aquesta fase són els següents:

- **Desenvolupar la cronologia de la nostra intervenció:** establir un calendari, programar les tasques i les activitats rellevants per a la nostra intervenció. Una vegada prioritza des les accions, arriba el moment de planificar la nostra intervenció.
- **Desenvolupar/identificar els conceptes clau:** determinar quins seran els conceptes clau que volem treballar.
- **Definir la intervenció:** accions, estratègies, recursos, continguts de la intervenció, temps que dedicarem a cadascun dels continguts, nombre d'activitats que volem dur a terme, nombre de participants, metodologia per dinamitzar cada sessió, etcètera.
- **Triar els indicadors per a l'avaluació i els criteris de qualitat:** és important per a l'avaluabilitat de la intervenció definir els indicadors que ens permetran analitzar l'impacte i els resultats.⁵⁶
- **Configurar l'equip d'agents comunitàries.** Si les agents no estan familiaritzades amb els conceptes i els continguts de la intervenció comunitària, necessitarem una mica més de temps per formar-les.
- **Desenvolupar el pressupost de la intervenció,** si és possible, per tenir present el valor de les nostres intervencions.

Algunes preguntes que ens poden ajudar a tancar aquesta fase són: el disseny de la intervenció és rigorós i clar? Els objectius estan ben definits, la planificació està detallada? S'han inclòs els criteris d'avaluació en el disseny inicial de la intervenció?

Cap disseny és mai cent per cent definitiu, perquè, a mesura que es desplega, cal incorporar-hi les modificacions pertinents. El disseny és una guia que ens permet saber la trajectòria de les decisions que prenem en el desenvolupament de la intervenció comunitària, el que va passant, els encerts o les limitacions, i ens ajuda a poder decidir sobre els ajustos i canvis necessaris i a ser conscients de les conseqüències d'allò que decidim.

56. Si necessites orientacions per definir indicadors, pots trobar materials de suport a: <http://salutsexual.sidastudi.org/es/zonapedagogica-grupos/EVALUAR/zonapedagogica-grupo/evalua-indicadores>.

3.1.4. Desplegament de la intervenció

En aquesta fase, passem a executar la nostra intervenció. Hem de posar a prova el nostre disseny i, si cal, introduir-hi els canvis necessaris. En coherència amb el marc teòric proposat, és imprescindible pensar en les persones participants com a protagonistes i subjectes actius. Recordem que, en l'últim apartat del bloc 1, es pot trobar un apartat enfocat a com generar espais d'intervenció on afavorir els processos d'autonomia i empoderament.⁵⁷

Cada intervenció és única i s'ajusta als equips comunitaris, a les necessitats específiques de les persones amb les quals treballem i als seus contextos socials. Així que només podem oferir algunes reflexions sobre el desplegament de la intervenció:

- **Posar el cos en el centre de la intervenció:** una bona manera d'apropiar-nos dels nostres drets sexuals pot ser a partir del dret al propi cos, per tant, (re)apropiar-nos dels nostres cossos, posar-los en moviment, en relació, en interacció, en reflexió. Les metodologies que parteixen del cos faciliten la transmissió i l'intercanvi de coneixements i generen espais de confiança on connectar amb el vessant emocional.
- **Explicitar la norma social:** és útil visibilitzar les normes socials quan estem desenvolupant les nostres intervencions, perquè això ajuda les persones a identificar-les, en comptes de naturalitzar-les. De la mateixa manera que el peix no veu l'aigua, les persones moltes vegades no veiem les normes socials que limiten els nostres drets sexuals. Explicitar-les i qüestionar-les permet prendre'n consciència.

- ⊙ És important explicitar la norma heterosexual quan posem un exemple amb persones heterosexuales com a protagonistes. És recomanable explicitar que estem sent heterocentrades per l'efecte significatiu que té anomenar la norma.

Un altre exemple seria parlar també de les persones cis, perquè, si no, sembla que l'únic que anomenem és l'alteritat, representada en aquest cas per les persones trans*.

A més, explicitar les normes socials a vegades ens ajuda a generar espais de confiança i no judici entre les persones participants, per exemple:

- ⊙ Si estem treballant amb infants, explicitar la norma social respecte a la masturbació en públic ens permet abordar aquesta qüestió sense produir un efecte culpabilitzador.
- **Estranyar-nos de la normalitat;** pot ser molt eficaç problematitzar qüestions d'índole quotidiana incorporades com a part del sentit comú de les persones participants.
 - ⊙ Davant de comentaris estereotipats sobre les persones LGTBI+, sobre els mandats de gènere o relacionats amb la Sexualitat hegemònica, ens pot ser útil fer-nos "marcianes" per evidenciar l'arbitrarietat de la norma social. Per exemple,

57. Més informació a l'apartat 1.3 d'aquesta guia.

davant els comentaris que classifiquen l'homosexualitat com a antinatural, podríem respondre: aleshores, lesbianes i gais, si no són naturals, són de plàstic?

- **Trencar esquemes, descol·locar, descol·locar-nos;** atrevir-nos a sortir de l'armari, a trencar la norma, a qüestionar-nos a nosaltres mateixes com a professionals quan reproduïm el sistema sexe-gènere-Sexualitat, a visibilitzar referents positius de sexualitatS diverses.
- ◉ **Posar exemples de famílies no heteronormatives, fer servir materials pedagògics protagonitzats per persones intersexe, amb diversitat funcional, no blanques, amb expressions de gènere que contradiuen la norma, entre d'altres, és visibilitzar la diversitat com un valor positiu per a tota la ciutadania.**
- **Fer servir l'humor, el plaer, el benestar com a eina per a la transformació social.** Que les activitats que portem a terme posin el plaer en el centre és una gran metodologia per facilitar aprenentatges significatius i canvis actitudinals i socials. L'humor també pot ser un recurs metodològic per connectar amb les persones amb les quals treballem, però alhora pot permetre abordar situacions complexes *des d'un altre lloc* per tal d'abordar determinats temes.
- **Respectar els ritmes i els codis culturals de les persones.** De vegades, en la nostra pràctica professional ens deixem endur per la lògica dels tempos capitalistes i volem aprofitar al màxim cada minut de les nostres intervencions: volem que la gent sigui puntual, ràpida, eficaç, i passem per alt que estem tractant amb persones i que nosaltres i la nostra intervenció som els que hem d'adequar-nos als seus ritmes i codis.
- **Prendre consciència** que, com a agents comunitàries de salut, el nostre paper passa irremeiablement per un treball destinat a visibilitzar i denunciar situacions que dificulten, impedeixen o neguen el ple exercici dels drets sexuals per tal de sensibilitzar la ciutadania, les professionals i les entitats, i que possibiliti la creació d'un teixit social per a la defensa dels drets sexuals.

3.1.5. Avaluació

L'avaluació és una eina que ens permet conèixer millor els efectes de les nostres intervencions, tant per introduir-hi millores com per donar valor al nostre treball. És una manera de saber si allò que planifiquem i portem a terme compleix els nostres objectius: si val la pena continuar pel mateix camí o és necessari introduir-hi canvis. L'avaluació també és un exercici de responsabilitat amb nosaltres mateixes i amb les persones amb les quals treballem. És projectar, planificar, pensar conceptes i dimensions d'actuació, crear indicadors, elaborar preguntes, fer seguiment, comparar, sospesar i molt més. L'avaluació és crear un sistema d'informació que ens permeti recollir dades de manera eficaç, escoltar les persones amb les quals treballem i involucrar-les en la presa de decisions que defineix els nostres projectes.

L'avaluació és aprendre, formar-nos i prendre contacte amb el context en el qual volem incidir. És prendre decisions amb més informació, per reorientar pràctiques i reordenar prioritats. És aprendre de la realitat social que ens envolta per elaborar polítiques justes. És reconèixer quan una intervenció funciona i mereix ser reproduïda. És un exercici de transparència amb la societat.

A continuació exposem un resum dels passos principals que cal seguir per fer una avaluació.

Determinar els sistemes d'informació

Una de les condicions principals per poder dur a terme l'avaluació és la disponibilitat d'informació sobre la intervenció que s'està avaluant. La idea és recollir el màxim possible d'informació mentre desenvolupem el programa, servei o intervenció, i fer-ho d'una manera sistemàtica, ordenada i accessible.

Es tracta de valorar en quina mesura disposem d'informació útil per saber com funciona un programa o quins resultats ha obtingut (per exemple, si tenim dades sobre les persones que hi han participat, quantes han estat, si hem recollit les seves opinions sobre la marxa o tenim els seus contactes per enviar-los un qüestionari), però també si tenim accés a les fonts, si existeixen documents sobre la planificació i els continguts del programa, si els objectius, la visió o la missió del programa, pla o servei estan plasmatats en algun lloc.

El sistema d'informació és la manera estructurada en la qual emmagatzemem totes aquestes dades i discursos. Recordeu que, a l'hora d'emmagatzemar informació sobre persones usuàries o persones que treballen o col·laboren en la intervenció, cal tenir en compte la normativa sobre protecció de dades de caràcter personal.

L'ideal és que s'elabori des de la planificació de la intervenció, és a dir, que des del principi es tingui en compte com se sistematitzarà certa informació que després serà útil per avaluar o fer seguiment. Si això no ha estat així i hem "arribat tard", serà un dels elements que caldrà treballar com a avaluadores per millorar la intervenció.

Característiques del nostre sistema d'informació:

- La informació ha d'estar ordenada i ser accessible. Convé esquematitzar o tenir un índex per saber on és cada cosa.
- Ha de ser fàcil de recollir i fàcil d'emmagatzemar. Per exemple, si elaborem fitxes d'una pàgina perquè les treballadores puguin emplenar-les després de cada acció (després d'un taller, una xerrada o l'atenció a una persona usuària) podrem establir comparacions, comprovar el nombre de realitzacions i qui les ha fet.

Els indicadors

Són l'eina de mesura fonamental per a l'avaluació de la intervenció. Podem construir els nostres indicadors a partir dels objectius del programa o dels criteris d'avaluació. L'indicador, tal com expressa el nom mateix, "indica" allò que volem mesurar, valorar o tenir en compte. Per a cada indicador, i depenent de la seva naturalesa, es poden elaborar preguntes per a un qüestionari o estratègies d'observació (definir què volem observar, quan i on), o definir quines dades cal buscar i recopilar en la fase de documentació. Els indicadors poden ser fàcilment quantificables, per exemple, el nombre de casos detectats d'una ITS, en una població X, en un context Y, o bé ser incomptables: opinions, situacions, percepcions, experiències, etcètera. Cal tenir present que necessitarem indicadors quantitius (nombres, percentatges) i també qualitius (opinions, percepcions, fets, situacions, condicions).

- ⊙ Per exemple, el nombre d'activitats fetes en comparació amb les projectades seria un indicador quantitiu, mentre que la qualitat de l'activitat, determinada pels continguts desenvolupats i la forma en què es desenvolupen i els seus elements pedagògics, seria un indicador qualitatiu.

Com crear indicadors:

- Generarem els indicadors partint dels objectius de la intervenció, programa o activitat que volem avaluar i tenint en compte els criteris de qualitat que han estat establerts prèviament.
- Cada objectiu ha de tenir almenys un indicador per poder mesurar el grau de compliment.
- Poden ser directes o indirectes. De vegades es pot mesurar directament un resultat, però altres vegades necessitem diversos indicadors indirectes que ens donin una idea de què passa o ha passat en el programa.
- Els indicadors han de servir per obtenir informació rellevant, clara, comparada i de qualitat.
- Hem de determinar les fonts o d'on extraurem la informació de l'indicador. Si no n'hi ha, hem de crear-les. Ha de ser possible fer-ho.

Els indicadors més comuns i coneguts són els que mesuren resultats finals. Els indicadors que mesuren el desplegament o el procés es denominen de vegades *indicadors intermedis* i són útils per definir el grau acceptable de compliment d'una intervenció. També podem classificar els indicadors de la manera següent:

- **Indicadors de recursos:** mesuren els recursos que tenim en termes de pressupost, serveis disponibles i temps.

- **Indicadors de realització:** mesuren els productes tangibles de la intervenció i tenen a veure amb els objectius operatius.
- **Indicadors de resultats:** mesuren efectes directes de la intervenció, canvis de conducta, capacitat, abast i beneficis obtinguts gràcies al programa. Es relacionen amb els objectius específics.
- **Indicadors d'impacte:** mesuren els efectes indirectes, els efectes específics a termini mitjà i llarg, i els globals, és a dir, en el context més enllà del grup beneficiari del programa a termini mitjà i llarg. **Tenen a veure amb els objectius generals del programa.**

Els indicadors més utilitzats per mesurar l'èxit de programes d'educació per a la salut sexual sovint han estat el nombre de diagnòstics d'ITS, el nombre d'embarassos no desitjats, el percentatge d'ús del preservatiu i altres mètodes, l'edat d'inici de les relacions sexuals, etcètera. Des de l'avaluació feminista, a més d'insistir a l'hora de recollir dades desagregades per sexe (per poder entendre tota la seva complexitat i generar intervencions més adaptades a la realitat), s'insisteix també en la creació d'indicadors positius, com, per exemple, el grau de satisfacció amb la vida sexual, el grau de relacions satisfactòries i sense violència, etcètera.

Requisits generals per elaborar indicadors amb enfocament de gènere:

A l'hora d'elaborar indicadors sensibles al gènere, és important tenir en compte alguns criteris:

- Les dades sempre han d'estar desagregades per sexe, perquè és l'única manera de fer visibles les diferències entre la situació de les dones i la dels homes. Sempre que sigui possible, han de desagregar-se per altres categories, com ara edat, ètnia, nivell socioeconòmic o qualsevol altra categoria important que calgui tenir en compte en cada context.
- Els indicadors s'han de complementar amb una anàlisi qualitativa que aporti informació per aprofundir en les relacions de poder entre dones i homes.
- Així mateix, han de brindar informació sobre aspectes importants de les relacions de gènere, com ara l'accés i el control desiguals sobre els recursos econòmics, les necessitats i interessos de dones i homes, les responsabilitats d'unes i altres en els diferents àmbits, etcètera.
- Finalment, els indicadors sensibles al gènere s'han de formular i mesurar de manera participativa, tenint en compte tots els grups involucrats i assegurant-se que hi participin les dones.

A més, han de ser rellevants (útils), substantius (vàlids), confiables (fiabls), verificables (comprovables), consistents, independents i factibles (realistes).

(González i Murguialday, 2004, traduït del castellà)

Avaluar l'equip:

Avaluar l'equip és un pas important en la valoració general de la intervenció. No es tracta de valorar característiques personals sinó més aviat de determinar si els recursos són suficients perquè les agents duguin a terme les seves tasques i quines millores es poden promoure.

Recomanem posar el focus en les relacions; en l'organització del temps, de les tasques, de les reunions; en com circula la informació; en quines necessitats formatives i personals hi ha, etcètera. Aquí presentem una bateria de preguntes que ens poden ajudar a recollir informació i posar-la a prova.

Pel que fa al funcionament intern, podem fer-nos les preguntes següents:

Tenim un mapa d'actors/actrius?

Sabem qui és qui i quines tasques fa?

Com es distribueixen les tasques?

On es recull el treball que es vol dur a terme? Qui té accés a aquesta informació?

Quines accions de capacitació i formació de l'equip s'han fet?

Si tenim ocasió d'entrevistar els i les integrants de l'equip, podem recollir els seus coneixements sobre el programa amb preguntes del tipus:

Saps quins són els objectius generals, específics i operatius de la intervenció?

Tens accés al material? Com?

Coneixes la resta de l'equip? Saps què fa cada persona?

Saps a qui recórrer en situacions diferents?

Tens suficient temps per fer les teves tasques?

Han augmentat, han canviat?

Necessites algun tipus de formació específica?

Quina?

Et sents valorada? Et sents satisfeta amb el treball?

Si volem valorar les relacions de gènere dins del nostre equip, podem plantejar les qüestions següents:

Almenys la meitat de l'equip són dones?

Com es distribueixen les tasques: tasques organitzatives; tasques de sosteniment; tasques que impliquen prendre decisions? Són estàtiques o hi ha intercanvi de rols?

Hi ha diversitat de persones implicades en tasques de diferents tipus?

S'han fet formacions amb perspectiva feminista? Tenim persones a l'equip encarregades d'aportar específicament aquesta mirada?

Per anar més enllà, podem aprofundir en la sensibilitat feminista i la diversitat de l'equip amb preguntes com ara:

Tenim actituds reflexives? Es dedica temps a pensar en com ens relacionem, si reproduïm rols masculins o femenins hegemònics sistemàticament?

Pensem qui ocupa més l'espai, qui pren més la paraula, qui ocupa posicions visibles en l'equip i qui treballa més en l'ombra? Estem d'acord amb aquestes posicions?

Hi ha diversitat cultural i social en l'equip, almenys d'acord amb el context on es treballa?

Hi ha persones que aporten experiència i coneixement sobre vivències transgènere i no heterosexuales?

A l'equip, hi ha persones que tenen el perfil de la població a la qual va destinada la intervenció o servei? Si no és així, hi ha persones amb el coneixement i l'experiència suficients per oferir un servei adequat, des de l'empatia i l'escolta?

Difusió de l'avaluació

Una part important de l'avaluació és la seva difusió. El que passa en molts casos és que la poca avaluació feta no es difon correctament, o no es difon el procés en si, només els resultats i rarament les propostes de millora.

La difusió de l'avaluació que nosaltres proposem consisteix en una devolució del treball fet a les persones implicades. No es tracta només de comunicar les propostes de millora sinó d'explicar com ha estat el procés i les conclusions. Seria ideal una sessió presencial de presentació en la qual puguem compartir les nostres conclusions amb les persones que hi han participat, amb les professionals o amb la comunitat en general.

3.2. Com es poden atendre les necessitats específiques de les persones en la promoció de la salut sexual?

En el bloc 1, hem descrit els trets principals de la Sexualitat hegemònica i com les desigualtats estructurals ens situen, a les persones, en posicions de poder diferents que suposen desigualtats en salut sexual i en l'exercici dels drets sexuals. En el bloc 2, hem abordat algunes experiències, com ara la deconstrucció de la Masculinitat hegemònica, les estratègies de cura i la promoció de la salut sexual des d'un enfocament feminista interseccional i situat. En aquest darrer apartat, volem filar una mica més prim per ajudar a incorporar la mirada interseccional d'una manera operativa en les nostres intervencions comunitàries. Cal tenir molt en compte aquest enfocament en les fases del cicle de la intervenció comunitària, ja que ens resultarà molt útil per al diagnòstic de les necessitats de la comunitat, per l'elaboració del disseny, per al desplegament i per a l'avaluació.

La mirada interseccional és dinàmica i contextual, ja que pren en consideració les variables que interactuen en la posició social que ocupen les persones en els diversos moments del seu cicle vital. Així doncs, les fonts estructurals de desigualtat (edat; sexe, preferència-opció sexual, identitat i expressió de gènere; origen ètnic i nacional; llengua; classe socioeconòmica; nivell educatiu; religió; capacitats funcionals; aparença física i estètica, etcètera) poden derivar en vulnerabilitat i exclusió, però també en oportunitats i privilegis.

De la teoria a la pràctica...

La manera com pensem determina què fem i com ho fem. Per poder utilitzar la interseccionalitat en la nostra tasca, primer de tot hem de pensar d'una altra manera sobre la identitat, la igualtat i el poder. Això comporta centrar-nos no en categories predeterminades o en assumptes aïllats sinó en tot el que defineix el nostre accés als drets i a les oportunitats; és a dir, en els punts de convergència, en la complexitat, en les estructures i en els processos dinàmics.

En termes analítics, implica veure l'erradicació de la discriminació i la diversitat com a assumptes centrals per al desenvolupament i l'exercici ple dels drets sexuals.

Moltes vegades ens trobem intervencions comunitàries en salut sexual adreçades i restringides a certs col·lectius o grups de persones. Sovint, les característiques d'aquests grups es vinculen a col·lectius poblacionals definits per grans característiques sociodemogràfiques concretes, que es pressuposa que impliquen factors de més vulnerabilitat davant dels riscos associats a la sexualitat: per exemple, perfils poblacionals com ara joves, dones o homes que tenen sexe amb homes.

Cal tenir present, però, que les persones, a més de ser homes, dones, intersexe o trans*, també som moltes altres coses (lesbianes, sordes, gitanes, d'origen rural, precàries, amb estudis universitaris, gordes, joves, en situació administrativa no regularitzada, aturades, diagnosticades en salut mental, amb domini de la llengua, i un llarg etcètera) que donen forma al nostre lloc en la societat i que fan singular la nostra experiència vital.

Com a agents comunitàries hem d'esbrinar quines són les dimensions pertinents, rellevants, significatives en cada intervenció concreta, en cada context, en cada moment, en cada grup.

[...] “No se trataría tanto de enumerar y hacer una lista inacabable de todas las desigualdades posibles, [...] superponiendo una tras otra, como de fijarse en aquellas manifestaciones e identidades que son determinantes en cada contexto y cómo son encarnadas por los sujetos para darles un significado, que es temporal”. (Platero, 2014, p. 56)

Aquesta lògica dels perfils poblacionals, tan habitual a les polítiques públiques, moltes vegades perd de vista les arrels estructurals de les desigualtats en temes de salut. És a dir, s'atén les persones en situació de vulnerabilitat, però no s'aborden les causes que determinen aquesta situació i es perd la potencialitat de la comunitat per transformar els entorns.

Tanmateix, sovint aquesta lògica suposa una homogeneïtzació dels grups, perquè la conceptualització d'aquests perfils poblacionals no sol tenir en compte la diversitat existent i sol ser parcial:

⊙ Per exemple, quan es fa una intervenció per prevenir les violències sexuals i es destina al perfil de “noies”, aquestes “noies” a les quals es dirigeix la intervenció responen, la majoria de les vegades, al perfil de noia, jove, blanca, per la qual cosa s'obvia la resta de “noies”, a més del paper de la comunitat en el manteniment de l'estructura desigual de les relacions de gènere.

Un altre estereotip té a veure amb les relacions entre el racisme i l'heterosexisme, que erròniament porta a assumir, per exemple, que totes les persones negres són heterosexuais i totes les persones LGTBI+ són blanques.

Aquestes concepcions denoten en si mateixes una gran desigualtat, una posició d'etnocentrisme i una “única mirada” de la qual hem de tractar de fugir, perquè, si no, en moltes ocasions acabarem reproduint uns esquemes que mantenen l'estatu quo, per exemple:

⊙ Les intervencions que treballen amb persones amb diversitat funcional des d'un enfocament terapèutic o biomèdic i no aborden el plaer, l'expressió de la sexualitat, la construcció de vincles sexoafectius i la resta de drets sexuals.

Les intervencions en dones grans centrades en els canvis en la menopausa o les intervencions amb joves racialitzats que parlen d'higiene dels genitals.

Què ens aporta la mirada interseccional?

La mirada interseccional permet:

- Deixar enrere la lògica de grups o perfils poblacionals que homogeneïtza les persones; ens ajuda a veure les normes socials i a desnaturalitzar-les i atendre les desigualtats que generen.
- Atendre la complexitat dels entorns socials i les relacions de poder que s’hi donen.
- Tenir en compte la singularitat de les persones, les circumstàncies, les biografies, els entorns diferents.
- Generar espais on les persones puguin participar des de la seva subjectivitat, però sentint-se part d’un tot inclusiu, participatiu i divers.
- Situar els objectius i els continguts de les nostres intervencions i a nosaltres mateixes com a agents de canvi.
- Fugir de la unificació dels grups i atendre les necessitats específiques de les persones amb recursos pedagògics i metodologies adients a la diversitat del grup.

Si bé l’anàlisi interseccional de variables com el sexe, el gènere i l’orientació sexual, la raça o la classe té dècades de trajectòria gràcies a la continuació del llegat del feminisme negre per part del feminisme decolonial llatinoamericà, no hi ha una metodologia concreta per a l’aplicació de la teoria interseccional, tot i que s’han fet algunes propostes respecte d’aquest tema.

Mari Matsuda ens suggereix que una bona manera per entendre la interconnexió de les variables que interactuen en la posició social és a través del mètode de “l’altra pregunta”, que suposa el qüestionament d’un fenomen des d’un eix d’opressió diferent del que sembla evident a primera vista:

[...] “Quan hi ha quelcom que sembla racista, cal preguntar: on és el patriarcat en tot això? Quan alguna cosa sembla sexista, cal preguntar: on és l’heterosexisme en tot això? Quan hi ha quelcom que sembla homofòbic, cal preguntar: on són els interessos de classe en tot això? L’“altra pregunta” ens obliga a cercar relacions de dominació òbvies i no tan òbvies, i ens ajuda a ser conscients que les formes de subordinació mai no es mantenen aïllades”. (Matsuda, 1991, p. 1189, traduït de l’anglès)

Platero (2014), d’altra banda, proposa quatre elements per a un enfocament analític interseccional: examinar críticament les categories analítiques amb què interroguem els problemes socials; analitzar les relacions mútues entre les categories socials; examinar la invisibilitat d’algunes realitats, i examinar la posició situada de qui interroga i construeix la realitat que analitza.

Si partim de la metodologia proposada per Platero i l'apliquem a una intervenció de promoció de la salut sexual:

- En primera instància, ens podríem **preguntar per les categories i les relacions que es donen en el grup**. Us proposem una sèrie de qüestions, tot i que en podeu fer servir unes altres que s'adaptin millor al vostre context:
 - Quines identitats formen el grup de persones amb les quals volem treballar?
 - Com es construeixen les relacions de gènere en el grup?
 - Hi ha privilegis per a algunes de les persones, per exemple, respecte a la participació?
- En segon terme, **fem l'anàlisi de les relacions múltiples entre les categories socials**, que serà crucial per incorporar-hi la mirada interseccional. Aquest pas implica veure com s'entrecreuen les categories que hem considerat rellevants en les vivències de les persones. La complexitat de la realitat social desborda la lògica del sumatori de discriminacions: per exemple, les dones amb diversitat funcional, tot i que comparteixen discriminacions amb la resta de dones, pateixen altres discriminacions específicament per ser dones amb diversitat funcional, com ara les violències masclistes en l'àmbit de la sexualitat relacionades amb pràctiques mèdiques com l'esterilització forçada. Ens podria ser útil pensar en com una categoria amplifica la discriminació d'una altra, per exemple, com el capacitisme amplifica el masclisme o viceversa (o com el racisme amplifica el capacitisme i el masclisme).
- La tercera clau que ens proposa aquest autor és **examinar la invisibilitat d'algunes realitats** i l'exemple que ens proposa és la violència entre lesbianes; nosaltres hi afegim la violència sexual entre gais i homes que tenen sexe amb altres homes. Aquestes violències intragènere, en el nostre context, no són llegibles pels paràmetres de gènere i la Sexualitat normativa que sobreentén que una dona no pot exercir violència (només rebre-la) i un home no pot patir violència sexual. Altres exemples de realitats invisibilitzades serien les dones trans* lesbianes, les dones amb VIH, les persones LGTBI+ grans o amb diversitat funcional.
- L'última de les claus és **la posició situada de qui interroga i construeix la realitat que analitza**. Com que ja hem descrit anteriorment aquesta clau,⁵⁸ només recordarem que ens permet entendre la nostra posició com a agents comunitàries i fer una intervenció més honesta cap a les persones amb les quals treballem.

58. Més informació a l'apartat 3.1.4 d'aquesta guia.

3.3. Algunes especificitats que cal tenir presents en la intervenció comunitària

A continuació s'ofereixen unes taules orientatives on es relacionen els continguts teòrics treballats en el bloc 1, les experiències situades del bloc 2 i les claus metodològiques del bloc 3, per tal de facilitar abordatges de la salut sexual que tinguin en compte algunes especificitats relacionades amb el cicle vital, la diversitat funcional i la diversitat cultural des d'una visió interseccional i crítica.

3.3.1. Diversitat cultural

BLOC 1

Vinculació amb els continguts teòrics desenvolupats en els blocs de la guia

Reflexivitat en la intervenció comunitària
Com a agents comunitàries

Enfocament integral de la salut:

Els processos de salut no es desenvolupen independentment dels contextos socials, els quals poden dificultar l'exercici dels drets sexuals de les persones. La persistència d'un racisme i una xenofòbia estructurals evidencia com la diversitat cultural és un eix de desigualtat que genera dificultats a l'hora de gaudir de la salut en general i la salut sexual en particular.

- Soc capaç de situar-me en relació amb la meua classe, cultura, origen?

Constructivisme social:

Si les sexualitats, el desig sexual, la identitat de gènere, etcètera, no són conceptes intrínsecs i presocials sinó el resultat d'una construcció social en funció del marc que estableix la cultura, hem de partir del fet que aquests conceptes varien segons els diversos contextos culturals i el moment històric.

Sovint la diversitat cultural es concep com un problema, una amenaça, un hàndicap, en comptes de pensar-la com una categoria d'anàlisi que cal tenir present. Una perspectiva de la diversitat cultural ha de permetre qüestionar el punt de vista mateix i, alhora, ha de tenir en compte els paràmetres culturals hegemònics que situen les persones en situació de privilegi o d'opressió i que generen violències com el racisme i la xenofòbia.

- Per què és important la cultura en la construcció de la pròpia identitat?
- He contrastat les meves creences sobre les sexualitats amb realitats culturals diferents de la nostra?

Perspectiva dels drets sexuals:

Hi ha una gran mancança d'eines i metodologies a l'hora d'abordar la diversitat cultural en temes de salut sexual, la qual cosa es tradueix en intervencions de promoció dels drets sexuals amb un biaix etnocèntric (acció d'entendre, jutjar o avaluar un altre grup ètnic, cultura o grup social d'acord amb els estàndards i valors de la cultura pròpia).

Els drets sexuals es presenten en moltes ocasions des d'un punt de vista universalista, neutre, sense tenir en compte les diferències culturals ni les desigualtats socials. Sovint el marc cultural hegemònic es presenta com l'únic marc possible en relació amb les

- Tinc un compromís de combatre els obstacles i les pràctiques que suposen qualsevol mena de discriminació cultural en l'àmbit dels drets sexuals?
- Com m'afecten les atribucions culturals en les expectatives que ens fem sobre les persones?



Reflexivitat en la intervenció comunitària

En la nostra intervenció

Continguts situats

- Com entenen la salut sexual les persones del grup amb les quals treballem?
- Estem incorporant els seus sabers i pràctiques a la nostra intervenció?

La discriminació cap a les persones racialitzades constitueix una qüestió de tanta rellevància que, sovint, ocluta i minimitza les problemàtiques de salut i d'accés als serveis socio-sanitaris. En aquest sentit, la discriminació cultural pot arribar a ser la primera problemàtica, la primera barrera que dificulta el desenvolupament de la salut sexual de bona part de la població i una de les grans causes de la vulneració dels seus drets sexuals.

- Quines eines tenim per incorporar la perspectiva intercultural en les nostres intervencions?
- La nostra intervenció té entre els seus objectius combatre el racisme?

Els processos migratoris han transformat les societats d'acollida en societats cada vegada més diverses que requereixen la construcció d'un espai comú d'interacció, solidaritat, reciprocitat intercultural. Sabent que la població a qual es dirigeix és heterogènia culturalment, tota intervenció en salut sexual comunitària ha d'incorporar la perspectiva de la diversitat cultural. Per això, hem d'entendre que el racisme no és només un conjunt de prejudicis cap a altres persones, sinó un fenomen complex en el qual intervien factors múltiples (econòmics, polítics, històrics, culturals, socials, etcètera), com una relació de dominació entre grups culturals i com una ideologia que justifica la defensa del sistema social, en el qual certes persones gaudeixen d'uns privilegis que deriven directament de la seva pertinença al grup cultural hegemònic, mentre que una part de la població rep violències i discriminacions. Per aquest motiu, resulta indispensable analitzar i transformar l'estructura social i les dinàmiques socials que generen les desigualtats culturals.

- Quin és el posicionament de la meua entitat o organització respecte a la perspectiva de la diversitat cultural?
- Estem incorporant les visions sobre els drets sexuals i les sexualitats per part de les persones del grup?

Un dels motius que dificulta l'exercici dels drets sexuals de bona part de la població és, en primera instància, la "racialització": un fenomen pel qual determinats fenotips (trets visuals que poden ser corporals o no) adquireixen un significat generalment pejoratiu. Es tracta d'una manera de significar el cos i d'encadenar els trets fenotípics a les conductes i a la posició social que ocupa un col·lectiu determinat. És el cas de la coneguda equiparació de la migració amb el tràfic de drogues i la delinqüència. Aquestes atribucions o estereotips en l'àmbit de la salut sexual donen lloc a prejudicis que limiten els drets sexuals i dificulten la salut sexual. Alguns exemples de prejudicis amb els quals es jutgen les persones racialitzades són: fertilitat excessiva, més promiscuïtat, sexualitat



sexualitats, la qual cosa genera una relació de subordinació dels “altres” grups culturals. Una única mirada no pot abordar mai la promoció dels drets sexuals en societats heterogènies com la nostra.

Perspectiva feminista:

Les primeres que van elaborar la proposta que raça, sexe, classe o sexualitat havien de ser enteses com a consubstancials van ser les dones negres dels Estats Units iniciadores del que es denomina *feminisme negre* en la dècada dels setanta.⁵⁹ Aquest corrent de pensament defensa que el sexisme, l'opressió de classes i el racisme estan estretament relacionats. La manera en què aquests conceptes es relacionen entre si rep el nom d'*interseccionalitat*. Anys més tard les xicanes Gloria Anzaldúa i Cherrie Morraga (1981) produeixen una anàlisi rica i profunda del racisme i del classisme, de l'heterosexisme i del sistema patriarcal, des de les seves pròpies experiències. Com han explicat Angela Davis o Berta Cáceres o tantes altres, el poder heteropatriarcal, capitalista i colonial és només un, que mostra cares diferents.

- Quines dones són els meus referents positius en la intersecció raça-gènere-Sexualitat?
- Soc conscient de la invisibilitat que pateixen les dones racialitzades?

Perspectiva interseccional:

La mirada interseccional ens impulsa a mirar altres eixos d'opressió que s'exerceixen des de la cultura dominant, com ara la legislació sobre immigració o la xenofòbia present a la nostra societat, que interconnecten amb la diversitat cultural.

Tot i que la diversitat cultural a Catalunya té una llarga trajectòria, els processos migratoris de les darreres dècades conjuguen diversitat cultural amb precarietat econòmica i invisibilitat. En el context català, parlar de diversitat cultural és parlar, en moltes ocasions, de precarietat econòmica, ja que la necessitat de supervivència econòmica marca la trajectòria migratòria.

- Soc capaç de detectar quins són els meus privilegis en les relacions interpersonals?
 - Com es manifesten els privilegis en els àmbits cultural i institucional
-

59. El Col·lectiu del Riu Combahee, constituït per dones i lesbianes negres, va ser el primer col·lectiu a proposar-lo.

eextravertida i desinhibida amb el predomini d'allò instintiu, etcètera.

El racisme en l'àmbit dels drets sexuals es fonamenta en la idea de superioritat d'uns grups culturals sobre d'altres, així com en el menyspreu i la discriminació cap als grups "inferioritzats", que s'identifiquen amb certes problemàtiques socials com ara els embarassos adolescents, més incidència de les violències masclistes, l'LGTBI-fòbia i les violències sexuals.

-
- Estic abordant les violències que connecten masclisme i racisme?
 - Com amplifica el racisme el masclisme?

Moltes vegades les intervencions en salut han tingut en compte les desigualtats de gènere o les desigualtats de raça, però no han abordat les desigualtats específiques que es deriven de l'entrecruament d'aquestes desigualtats o d'altres que tenen una importància significativa en un context i en un grup de persones determinat. Per a un abordatge i una intervenció capaços d'atendre les necessitats específiques de les persones amb les quals treballem, convé analitzar i detectar quines són les desigualtats específiques en relació amb la salut sexual que pateixen, fruit d'aquest entrecruament. Per exemple, en l'imaginari col·lectiu, el cos de la dona negra continua estant vinculat a objectes de plaer sexual i submissió per a l'home. Però la comunitat afrodescendent no ha estat l'única subjecta a manipulacions en les seves representacions. En general, les dones racialitzades (especialment si són joves) pateixen violències específiques, que en l'àmbit sexual es relacionen amb la hipersexualització, l'erotització, l'estigmatització, l'exotisme i el tractament estereotipat. D'una banda, se les identifica i erotitza, però, de l'altra, se les condemna i rebutja. Les intervencions en salut sexual comunitària han de visibilitzar aquest tipus de violències masclistes i racistes com a primer pas per combatre-les.

-
- Quines dimensions socials són rellevants en el grup?
 - Com afecten les desigualtats de raça i classe social la salut de les persones?
 - Detectem relacions de poder dins del grup?

Les desigualtats provinents per exemple de l'encreuament raça-gènere-classe social ja hem vist que no són el resultat de la suma d'opressions sinó que són específiques; per tant, necessitem solucions específiques per donar-hi resposta.

Quan parlem d'interseccionalitat, no només parlem d'opressions, violències, discriminacions, també parlem de privilegis. Per tant, una atenció adient de les sexualitats de les persones que pertanyen a grups culturals minoritzats passa inevitablement per un qüestionament de la posició pròpia que les agents comunitàries ocupem el context social; és important també tenir en compte com es manifesten i com exercim els nostres privilegis, en el cas que siguem persones blanques.

Perspectiva de les diversitats:

La diversitat és un fet que mereix una atenció profunda i permanent i que s'oposa a discursos i pràctiques que tendeixin a homogeneïtzar les persones. En un context on resulta rellevant la categoria de diversitat cultural, ens hem de preguntar, per exemple, com es viu la diversitat sexual i de gènere per no caure en estereotips racistes que sovint presenten les cultures minoritzades com a més masclistes i LGTBI-fòbiques. A més, tampoc no és convenient confiar en grans generalitzacions depenent del país d'origen de les persones, ja que dins d'un mateix territori trobem diferències regionals, de classe, de gènere, de nivells de permissivitat, de tolerància, de control social i de repressió davant l'homosexualitat o la transsexualitat.

- Reconèixer i valorar les cultures és suficient per construir una societat més justa?
- He detectat elements etnocèntrics en la meua mirada?

BLOC 2

Vinculació amb els continguts teòrics desenvolupats en els blocs de la guia

Reflexivitat en la intervenció comunitària
Com a agents comunitàries

La deconstrucció de la Masculinitat hegemònica com a promoció de la salut sexual:

Ni la desigualtat entre gèneres ni les violències masclistes es fonamenten en les diferències culturals o socials: són elements estructurals del sistema patriarcal vigent en la majoria de cultures del món.

No obstant això, un dels tòpics més arrelats per justificar el racisme (i les polítiques antimigració) té a veure amb la concepció de les cultures no occidentals com a més masclistes i més LGTBI-fòbiques.

- Quins prejudicis tinc sobre contextos culturals diferents del meu en relació amb el masclisme?
- Els referents de Masculinitat canvien d'una cultura a una altra?

- Estem tenint en compte la diversitat dins de la diversitat?
- La nostra intervenció està contextualitzada?
- Quins punts forts i febles identifiquem en la intervenció respecte a la incorporació de la perspectiva de diversitat cultural?

És clau tenir presents les realitats culturals que superen els marcs occidentals i també que la intersecció no només provoca desigualtats sinó que també genera recursos i aliances (agència) i obre noves possibilitats. En comptes de caure en la victimització, hem de comprendre, incorporar i validar les estratègies de resistència de les persones del grup.

Les estratègies de resistència no són extrapolables d'un context cultural a un altre. De fet, poden variar tant que pot arribar a ser contraproductiu transferir-les entre contextos.

Mirar amb els ulls d'Occident significa construir subjectes objectes, mancats, empobrits, subalternitzats o el que Chandra Mohanty (2008) denomina *colonització discursiva*. És una construcció que les desagència i els nega la possibilitat de construir les seves històries mitjançant el control de les seves pròpies narratives.

Reflexivitat en la intervenció comunitària En la nostra intervenció

Continguts situats

- Estem treballant per contrarestar l'estigma social envers els nois i els homes racialitzats?
- Quines propostes metodològiques estem fent servir per respondre a la diversitat cultural?

Els estereotips més freqüents que reben els homes racialitzats en l'àmbit de la Sexualitat estan relacionats amb la gran potència sexual, l'alt rendiment sexual i un predomini d'allò instintiu que acaba provocant un imaginari de sexualitat "incontrolada". D'aquí es deriva l'estigma com a agressors sexuals que pateixen els joves i els homes racialitzats.

Relacionar les violències masclistes, i especialment les violències sexuals, amb els homes racialitzats és una de les estratègies racistes i xenòfobes més efectives per alimentar l'odi. La lluita constant contra les violències sexuals de qualsevol mena és una de les prioritats principals de la promoció de la salut sexual; però és crucial no reforçar aquests estereotips per no acabar fent intervencions perjudicials que desempoderin precisament qui ja de per si té menys poder en el nostre context.

Les cures en la gestió de la salut sexual:

La falta de cures en salut sexual no passa només per mancances informatives, com s'ha cregut durant molt de temps, sinó que té a veure amb factors socioculturals. Les desigualtats culturals i la retallada dels drets relatius a l'accés a la salut tenen conseqüències immediates sobre la salut sexual de les persones.

Les desigualtats socioculturals dificulten les cures de la salut sexual, la qual cosa dona com a resultat que unes persones estiguin més exposades a situacions de vulnerabilitat, per exemple, davant les ITS o les dificultats d'accés als mètodes anticonceptius.

-
- Tinc coneixements sobre les barreres que es donen en salut sexual per raó d'origen o procedència?
 - Com afecten les lleis migratòries a la salut sexual de les persones?

Drets reproductius:

Variables com ara l'origen cultural, la situació econòmica i la situació legal influeixen en el desigual accés de les dones a la salut reproductiva. A aquestes desigualtats, cal afegir-hi un servei no adequat derivat de la no incorporació de les diferències culturals per part del personal de salut.

-
- Quins serien els efectes sobre la meua salut sexual en cas que no tingués accés als serveis de salut pública?
 - Quines serien les conseqüències per al meu projecte vital?
-

- Estem facilitant informació i processos que tinguin en compte i corregeixin aquestes barreres?
- Tenim recursos pedagògics adients per treballar les estratègies de cura de la salut sexual de les persones del grup?

Per aprendre a practicar les cures és necessari desenvolupar processos d'empoderament mitjançant la creació de condicions i espais que facilitin la presa de decisions sobre el propi cos, que interpel·lin el propi desig i que augmentin el potencial d'autoestima col·lectiva i individual.

Sense un marc de comprensió que permeti incorporar de manera adequada la perspectiva de diversitat cultural i les percepcions diferents que les persones tenen de les cures de la seva salut sexual, amb totes les connotacions i els significats que té per a elles, no podem oferir una intervenció comunitària adequada que fomenti l'autoestima, la llibertat i la capacitat de decisió sobre aquestes cures.

- Com fem accessibles els espais d'atenció a la salut reproductiva a totes les dones?
- Estem generant espais inclusius?

En el nostre context, a causa de les retallades pressupostàries en sanitat, moltes dones han deixat de tenir control sobre la seva fecunditat. Els recursos de planificació familiar, l'accés a tècniques de reproducció assistida o la interrupció voluntària de l'embaràs tampoc són a l'abast de totes.

Aquestes condicions s'agreugen en els centres d'internament de persones estrangeres (CIE) per la falta d'atenció especialitzada per a dones embarassades, la interrupció o la denegació de tractaments, i els abusos i discriminacions per orientació i identitat sexual.

D'altra banda, en relació amb els drets reproductius, també hem de tenir present la violència obstètrica, que es caracteritza per l'apropiació del cos i dels processos reproductius de les dones per part de qui presta la salut, i es manifesta en un tracte jeràrquic i deshumanitzador, un abús de medicalització i la patologització dels processos naturals. Aquesta violència afecta, amb la seva pròpia especificitat, les dones racialitzades musulmanes, afrodescendents, llatines i gitanes amb conseqüències flagrants per la pèrdua d'autonomia i capacitat de decisió sobre els seus cossos i sexualitats.

Un dels casos de vulneració dels drets reproductius més flagrants consisteix en l'esterilització forçada o no informada. Les dones gitanes han denunciat aquesta pràctica, que va ser massiva a alguns països d'Europa, fruit de l'antigitanisme. L'esterilització forçada significa que una dona és sotmesa a una intervenció quirúrgica, que consisteix a bloquejar o segellar les trompes, sense que ella sàpiga què significa això i sense donar-hi el consentiment ni l'autorització. Aquesta intervenció és una violació del dret humà a no ser sotmès a tortures ni a altres tractes o penes cruels, degradants o inhumans.

Qüestions metodològiques:

Incorporar la mirada intercultural a la tasca diària implica contribuir al canvi en les dinàmiques d'exclusió, discriminació, invisibilització i desigualtat que es donen envers les cultures minoritzades.

Si aspirem a viure en una societat on la diversitat cultural es reconeix com a legítima i contribuir a instaurar una societat d'igualtat de drets i d'equitat, la perspectiva de la diversitat cultural ha d'incorporar-se a qualsevol intervenció comunitària en salut sexual i no només amb col·lectius de persones pertanyents a cultures minoritzades. Per tant, no es tracta d'elaborar intervencions específiques sinó de redibuixar un espai divers i inclusiu, i portar a terme un qüestionament profund sobre en quina mesura la nostra intervenció incorpora la perspectiva de diversitat cultural. Aquest exercici de reflexivitat implica prendre consciència que la pròpia visió del món depèn de les referències culturals que s'han construït fins a aquest moment, identificar-les i prendre distància per reconèixer-les. Sortir d'una mateixa per veure les coses des de la perspectiva de l'altra persona. És una actitud d'obertura en la qual haurem de combatre:

- La trivialització: hem de considerar en un pla d'igualtat les cosmovisions de les persones involucrades i evitar l'etnocentrisme.
- La raresa: presentar un fet o un exemple aïllat per explicar la complexitat d'una cultura o una societat.
- Els estereotips: subratllar les diferències o les característiques més cridaneres de les cultures.
- Les representacions errònies d'altres cultures, basades en prejudicis racistes i falses creences.
- La desconexió de la diversitat cultural de la vida quotidiana de la comunitat.

Algunes accions que ens poden ajudar són:

- Generar espais de sensibilització que incideixin en els imaginaris de discriminació racistes precisament per part de la societat de recepció i la identificació de les asimetries de poder.
- Lluitar activament contra tota manifestació de racisme o discriminació. Intentar superar els prejudicis i els estereotips.
- Visibilitzar la migració i la diversitat cultural en positiu, com un element de riquesa tant per a la societat com per a les persones que hi viuen.
- Atendre la diversitat i respectar les diferències, sense etiquetar ni definir ningú en virtut d'aquestes divergències.
- Reconèixer l'àmbit cultural de les sexualitats, incloent-hi el respecte per uns ritmes, temps i codis culturals diferents.
- Ens pot ajudar partir de la premissa de no fer intervencions que reverteixin en una vulneració més gran dels drets de les persones que tenen menys poder.
- La revisió dels recursos pedagògics i dels materials educatius perquè reflecteixin adequadament l'heterogeneïtat cultural del context.
- L'elaboració de materials en llengües diferents per facilitar la difusió i l'accés a la informació per part del nombre més alt de persones possible

3.3.2. Diversitat generacional

INFANTS

BLOC 1

Vinculació amb els continguts teòrics desenvolupats en els blocs de la guia

Reflexivitat en la intervenció comunitària
Com a agents comunitàries

Enfocament integral:

Les nenes i els nens tenen sexualitat, senten plaer quan toquen els seus cossos i senten curiositat pels d'altres persones; la masturbació de la primera infantesa, el descobriment del propi cos i dels genitals genera una actitud positiva cap al propi cos i fomenta l'autoestima.

- Quines pors tinc en l'acompanyament de les sexualitatS en la infància?

Constructivisme social:

Infància i sexualitat sovint apareixen com a conceptes antagònics que és necessari mantenir separats. Aquesta dicotomia queda reflectida en l'actitud respecte als drets sexuals en la infància, en la falta de reconeixement explícit i en els debats sobre temes com l'educació sexual en els quals, per descomptat, nenes i nens no hi són interlocutors.

- Quines experiències han marcat la meua biografia sexual?
- Quins missatges sobre la sexualitat vaig rebre de petita?

Perspectiva dels drets sexuals:

El paradigma liberal del titular de drets basa el seu exercici en un cert tipus d'autonomia de les persones, una autonomia que es pressuposa que no tenen les nenes i els nens. En un sistema més igualitari, haurien de ser també les criatures les protagonistes del procés de presa de decisions sobre la seva pròpia vida. Les nenes i els nens tenen el dret a decidir sobre les seves sexualitatS; tenen dret a gaudir de salut sexual i tenen el dret a no ser discriminades per la seva sexualitat o d'alguna manera que impacti en la seva sexualitat.

- Si els drets sexuals són universals, en la infància som titulars d'aquests drets o n'estem excloses?
- Quins elements considero rellevants per establir un criteri diferenciat en l'exercici dels drets en el cas de la minoria d'edat?



No obstant això, la conjugació problemàtica entre sexualitat i infància s'ha traduït en una regulació dels drets sexuals com a

Reflexivitat en la intervenció comunitària

En la nostra intervenció

Continguts situats

- A quina edat comencem a viure la sexualitat?
- Quins aspectes són rellevants per a la salut sexual a la infància?

És important vincular les sexualitatS a la salut, al benestar i als drets sexuals (el dret a explorar la nuesa, el cos, la identitat de gènere, a preguntar sobre sexualitat, a dir “no”, etcètera) per generar consciència dels drets propis, confiança i una actitud que digui “el meu cos i la meua sexualitat em pertanyen”. El primer pas per a l'educació sexual és permetre l'exploració. A la infantesa, les experimentacions de les sexualitatS són un joc més i, com qualsevol altre joc, és vital que totes les persones involucrades hi estiguin a gust.

- De quina manera estem donant una visió positiva de la sexualitat?
- Quins continguts educatius treballem a cada edat?

Des de ben aviat, les persones interioritzem les prescripcions socials relacionades amb la sexualitat. Que no se'n parli a casa, que es canviï de canal quan surt una escena eròtica, etcètera, constitueixen missatges implícits que poden generar sentiments com la vergonya i la culpa. Per tant, és convenient parlar obertament sobre sexualitatS, en positiu i amb continguts adequats per a cada edat. Explicar els acords socials al voltant de les sexualitatS: no ens masturbem en públic, no toquem algú que no ho vol o juguem entre persones d'edat similar, entre d'altres, constitueixen fórmules per educar permetent el desenvolupament personal i, al mateix temps, facilitant estratègies i recursos per protegir-se de riscos i abusos.

- Tenim coneixement del marc legal que regula els drets en la infància?
- Quin paper hi té la pàtria potestat?

És en intentar definir els drets sexuals quan s'evidencia una falta de discussió en profunditat sobre els drets en la infància. La restricció dels drets sexuals ni tan sols és explícita, és a dir, l'enunciació dels drets sexuals es fa de manera general, encara que s'interpreta que n'estan excloses les nenes i els nens. De vegades, semblaria que els drets sexuals durant la minoria d'edat s'esgoten en el dret a rebre educació sexual, i ni tan sols aquest està garantit en el nostre context.

Tenir un dret no significa que el seu exercici no pugui ser limitat; només significa que s'ha de justificar extremadament bé aquesta restricció. Per exemple, reconèixer la llibertat sexual en la infància no significa que no es poden prohibir les relacions sexuals entre



àmbit exclusiu del món adult i ha implicat l'aïllament de la infància. La conseqüència més greu és que es deixa sense protecció un grup en una condició d'extrema vulnerabilitat.

Perspectiva feminista:

Els estereotips de gènere intervenen en la socialització de les criatures, en la mesura que modelen i delimiten les seves possibilitats. L'entorn social de la criatura reproduceix aquesta atribució des dels primers moments de vida i ho fa a través de les joguines, els contes, la roba, el llenguatge, etcètera. Són moltes les situacions que posen sobre la taula la necessitat d'una educació sexual integral des de la primera infància: agressors en "manada" als quals ningú no ha ensenyat a no agredir, cànons estètics que fan que les nenes de sisè d'una escola no vulguin menjar-se l'entrepà a l'hora del pati, famílies LGTBI+ no reconegudes a la seva escola, patis amb jocs absolutament segregats per gèneres on el centre és ocupat per nens amb els seus jocs i les nenes relegades als marges, i un llarg etcètera.

- Quins estereotips de gènere en l'àmbit de la sexualitat puc observar ja en la primera infància?
- Quins aspectes diferencials estableixo a l'hora d'acompanyar les sexualitats de nenes i nens?

Perspectiva interseccional:

L'educació sexual s'ha d'adaptar al context, centrar-se en les necessitats del grup i respondre d'una manera adequada a la diversitat de gènere, cultural, funcional, familiar, social, etcètera, amb l'objectiu de no incrementar les desigualtats.

Proposem portar a terme activitats, metodologies d'aprenentatge i missatges propers a la realitat cultural de les persones del grup, adients al seu desenvolupament personal i a les seves vivències i necessitats.

- He pensat en els aspectes culturals que envolten la sexualitat de les persones del grup?
 - Tinc en compte els entorns socials i els condicionants que operen en el grup?
-

menors i persones adultes o contreure matrimoni. Tot i així, l'absència d'un debat profund sobre sexualitatS i infància moltes vegades ens porta a limitar els drets dels menors en comptes de protegir-los (com a exemple podríem esmentar la limitació de la llibertat en l'expressió o en la identitat de gènere).

-
- Estem reproduint estereotips de gènere en la nostra intervenció?
 - Quins mecanismes posem en marxa per transformar-los?

L'educació sexual és un dret i una necessitat que ha de ser coberta al llarg de tot el cicle vital a fi de poder tenir un desenvolupament ple dels nostres cossos i les nostres sexualitatS, però també per a la construcció d'una societat equitativa, igualitària i sense violències masclistes. El model de coeducació ha d'incloure criteris de qualitat en l'educació sexual i també a la inversa; tot allò que es faci com a educació sexual ha de tenir com a fonament la coeducació per atendre les desigualtats de gènere i corregir-les. Coeducar és portar el feminisme a l'aula per transmetre que un món igualitari és possible.

La intervenció adulta és molt important a l'hora de contrarestar els efectes del sexisme des de la primera infància; és per això que necessitem afinar la nostra mirada a les relacions desiguals de gènere i deixar de reproduir-les (per exemple, revisar si els materials educatius que fem servir perpetuen els rols i els estereotips de gènere, l'heteronormativitat, el binarisme sexual, detectar situacions de violència o discriminació i buscar-hi una resolució positiva, estar atenta al sexisme en el llenguatge, entre d'altres).

-
- Estem treballant a partir de materials pedagògics que reflecteixin una multiplicitat de representacions?
 - Estem treballant amb la comunitat educativa (referents familiars, personal del centre, etcètera)?

La incorporació de la diversitat sexual i de gènere, la diversitat funcional i una perspectiva antiracista serà preventiva d'altres tipus de violències estructurals. L'educació sexual ha de promoure la igualtat, l'equitat i la justícia, sense discriminacions, i treballar per deconstruir mites i creences sobre les sexualitatS.

És convenient fer servir materials, recursos pedagògics i un vocabulari que reflecteixi la multiplicitat de maneres de viure les sexualitatS. Per exemple, serà molt útil conèixer i fer servir les diverses maneres d'anomenar els genitals per part del grup, no tan sols perquè seran properes a les realitats diferents de l'aula sinó també per superar la lògica de la mirada única, crear espais inclusius, representar i validar les mirades diferents a l'hora de viure i habitar el món.

Perspectiva de les diversitats:

L'educació sexual és la integració d'un ampli conjunt de continguts que canvien d'acord amb el període maduratiu. Des d'una mirada coeducativa, cal anomenar la realitat amb tota la diversitat possible per imaginar, perquè les criatures puguin jugar i experimentar mil maneres de ser i fer i decidir qui i com volen ser.

- Quines idees em frenen a l'hora de portar a terme l'educació sexual a la infància?
- Tinc els coneixements adients per abordar la diversitat a l'aula?
- Com puc formar-me?

BLOC 2

Vinculació amb els continguts teòrics desenvolupats en els blocs de la guia

Reflexivitat en la intervenció comunitària
Com a agents comunitàries

La deconstrucció de la Masculinitat hegemònica com a promoció de la salut sexual:

L'educació sexual que proposem busca generar una distribució més igualitària del benestar i el plaer en tot allò que està relacionat amb les sexualitatS i els vincles afectius. Promou la prevenció de la violència masclista, l'equitat entre nenes i nens i la representació de referents positius sobre la feminitat i la masculinitat que contribueixin a desmuntar la desigualtat de gènere des de la base.

- Com es reproduïxen els estereotips de gènere en la infància?
- Puc observar desigualtats de gènere en la infància?

- Estem incloent de manera transversal la perspectiva de diversitat sexual i de gènere?
- Hi apareixen eixos de diversitat diferents (funcional, d'origen, de classe, etcètera)?

La diversitat cultural, sexual, corporal i funcional també seran representades com a riquesa i no com a problema, com un prisma a través del qual mirar, i no com un annex de la “normalitat”.

És fonamental educar en l'acceptació de la diversitat en la seva pluralitat d'expressions. És important incloure una formació en l'afectivitat i el coneixement personal com a part fonamental de la identitat, respectar el dret al desenvolupament de la identitat de gènere i obrir espais per a la creativitat de gènere, on les singularitats del grup puguin expressar-se lliurement. Tanmateix, hem d'intentar reduir l'impacte de la mirada adultocèntrica i la seva necessitat de definir o assignar una identitat de gènere, que esborri la por de la incertesa de no saber acompanyar menors amb vivències no normatives.

Reflexivitat en la intervenció comunitària En la nostra intervenció

Continguts situats

- Estic facilitant un espai que transforma les construccions socials que articulen la Masculinitat?
- Com generem una crítica respecte als gèneres hegemònics quan estem acompanyant infants?

És imprescindible educar equilibrant les mancances derivades del sexisme que encara hi ha a la nostra societat (per exemple, les mancances de les nenes respecte al lideratge, o dels nens en les cures). Per tal de transformar les relacions desiguals, cal eliminar els materials pedagògics i les dinàmiques relacionals que abordin el gènere amb estereotips, que generin desigualtat i que perpetuïn rols, valors i actituds que discriminin i subordinin. Al mateix temps, és essencial incorporar un enfocament que treballi el gènere transversalment, que mostri que no hi ha un model únic de ser home o de ser dona, que hi ha maneres diverses de ser i d'estimar, que aporti eines per combatre les desigualtats, que fomenti la capacitat crítica, l'exploració, l'autoconeixement, etcètera.

Les cures en la gestió de la salut sexual:

L'educació sexual no consisteix, només, en informació sinó que també busca donar suport en l'adquisició d'habilitats i competències, així com facilitar el desenvolupament d'una relació positiva amb el propi cos i cap a la sexualitat.

- Què significa cuidar de la sexualitat en la infància?
- Quines habilitats i actituds relacionades amb les cures són fonamentals en la infància?

Promoció de la salut sexual i reproductiva:

Desfer el mite de la família nuclear (mare, pare i criatures) i les relacions heterosexuales dins de l'àmbit familiar. Hi ha tipus diferents de relació i de relacions familiars. És important donar visibilitat a la diversitat d'origen, de capacitats i d'edats en l'àmbit familiar per generar una consciència que hi ha relacions diverses, un sentiment de proximitat i confiança, una actitud positiva cap a estils de vida diferents; en definitiva, per generar una mirada oberta a la diversitat.

- Hi ha diversitat de models familiars al meu voltant?
- Quines desigualtats es troben les famílies no normatives?

Qüestions metodològiques:

Recomanem la lectura dels *Criteris de qualitat de les intervencions d'educació afectiva i sexual implementades als centres educatius de la ciutat de Barcelona* (Ajuntament de Barcelona, 2016). Aquest document inclou una adaptació del document publicat al 2010 per l'oficina regional de l'OMS per a Europa i la Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, que dona una visió general sobre com adequar l'educació sexual a cada edat.

A més dels continguts educatius i tenint en compte els cicles vitals, hem de tenir present quines **habilitats** volem generar amb la nostra intervenció comunitària; és a dir, la capacitat de mostrar comportament, que en l'àmbit de la sexualitat inclou habilitats molt diferents, per exemple, com comunicar, com negociar, com expressar els sentiments o com manejar situacions no desitjades. També és important tenir les aptituds necessàries per demanar ajuda en cas de tenir problemes.

Una altra qüestió important són les **actituds**, que podrien definir-se com la interiorització d'opinions i valors relacionats amb els continguts. Les actituds formen els principis bàsics que guien el nostre comportament. És important que des del principi les actituds bàsiques formin una base ferma per incorporar-hi altres valors més endavant. En una primera etapa, s'introdueixen els conceptes bàsics d'un tema determinat; en altres etapes, més tard, es desenvolupen i es consoliden els temes.

- Tinc recursos pedagògics dirigits a la infància?
- Quines estratègies i habilitats hem de potenciar en les nostres intervencions per facilitar les cures en la salut sexual?

Un enfocament holístic, basat en la comprensió de les sexualitatS com una àrea de potencial humà, ajuda a desenvolupar habilitats essencials perquè la persona pugui construir la seva pròpia sexualitat, així com les seves relacions en les etapes de creixement.

Es tracta d'afavorir l'adquisició d'habilitats des de la primera infància perquè es visqui la sexualitat i els vincles afectius d'una manera lliure i positiva. Aquestes habilitats poden ser molt diferents (per exemple, autoescolta, comunicació, gestió de situacions no desitjades) i són essencials per fomentar l'autocura i la cura de les altres persones.

- En els recursos educatius que fem servir apareixen formes d'estimar i relacionar-se no normatives (lesbianes, gais, bisexuals, etcètera)?

És convenient parlar de l'embaràs, del part i dels conceptes bàsics de la reproducció, de les maneres diferents de formar part d'una família (per exemple, l'adopció), del fet que algunes persones tenen bebès i d'altres no. D'altra banda, és important donar resposta al buit existent de recursos didàctics sobre diversitat familiar per substituir el concepte tancat de *família tradicional* per un altre de molt més obert, on les criatures puguin trobar referents adequats a les seves realitats i ningú se senti exclòs.

Alguns consells metodològics:

- Seria ideal que els temes s'introduïssin abans que s'arribi a l'etapa corresponent de desenvolupament, i així preparar-se per als canvis que tindran (per exemple, una noia hauria de conèixer la menstruació abans que la tingui per primer cop).
- També seria ideal que adquiríssim l'habilitat d'expressar els nostres límits abans d'una situació de traspassament i que totes tinguéssim una actitud de respecte cap al propi cos i el de la resta de persones.
- Cal un llenguatge clar i proper que generi una imatge positiva del cos i de les sexualitatS, autoestima i respecte per les maneres diferents de viure les sexualitatS.
- És important fomentar que s'apregui a apreciar el propi cos i a saber quan ens sentim bé, i crear proximitat i confiança cap a les experiències corporals i afectives.
- Cada intervenció ha de tenir en compte l'edat del grup al qual s'adreça específicament.
- És important fer una revisió dels estereotips de gènere dels recursos educatius que fem servir i mirar de representar la diversitat en la seva pluralitat d'expressions.

3.3.2. Diversitat generacional

ADOLESCENTS I JOVES

BLOC 1

Vinculació amb els continguts teòrics desenvolupats en els blocs de la guia

Reflexivitat en la intervenció comunitària
Com a agents comunitàries

Enfocament integral:

Entén la salut sexual com un estat de benestar (subjectiu) físic, emocional, mental i social en relació amb la sexualitat, així com d'autonomia per expressar i manifestar formes diverses de viure les sexualitatS.

- Quins elements afavoreixen el gaudi de la meva salut sexual?
- Com entenen els i les joves la salut sexual?

Constructivisme social:

Entén la Sexualitat com una construcció històrica i política, i posa de manifest com els processos de salut no es desenvolupen independentment dels contextos socials, els quals poden augmentar les desigualtats en temes de salut.

- M'he qüestionat com afecten la meva salut sexual les construccions socials hegemòniques al voltant de la Sexualitat?

Perspectiva dels drets sexuals:

Promou l'autonomia, l'empoderament i la capacitat de decidir en tot allò que està relacionat amb les sexualitatS i la cura de la salut sexual.

- Què vol dir gaudir de l'exercici dels meus drets sexuals?

Perspectiva feminista:

Problematitza les relacions de gènere, les categories sexe-gènere, els rols i les relacions de poder, i posa de relleu com les desigualtats de gènere afecten la salut sexual i ens impedeixen gaudir dels drets sexuals.

- M'he plantejat mai com afecten els mandats i els estereotips de gènere la meva sexualitat?

Reflexivitat en la intervenció comunitària En la nostra intervenció	Continguts situats
<ul style="list-style-type: none"> • Quins són els elements clau de la meva intervenció per promocionar la salut sexual dels i les joves? • Estic responent a les necessitats de totes les persones a les quals dirigeixo la meva intervenció? 	<p>La població jove (igual que l'adult) sovint tendeix a identificar la salut sexual amb l'absència de malaltia. La nostra intervenció tindrà més impacte si abordem la salut sexual com un procés i tenim en compte les habilitats procedimentals, que no pas si ens centrem exclusivament en els riscos biològics, ITS o embarassos no planificats que es poden produir.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Estem treballant per qüestionar els mites i les falses creences al voltant de les sexualitatS? • Estic fomentant reflexions sobre el model hegemònic? 	<p>Adolescents i joves tendeixen a tenir una visió de les sexualitatS centrada en el coit i els genitals. Les sexualitatS es poden viure de moltes maneres, tot depèn dels gustos i les preferències de cada persona; afecten tot el cos i són una realitat en tots els cicles de la vida.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Els drets sexuals són l'eix fonamental de la meva intervenció? • Estic generant processos d'empoderament per poder gaudir dels drets sexuals? 	<p>L'empoderament és un procés que es va desenvolupant al llarg de tot el cicle vital. Amb persones joves és essencial fomentar una actitud crítica com a primer pas per a la construcció del dret d'autonomia.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Estic tenint en compte les relacions de poder desiguals entre noies i nois? • Tenim les mateixes estratègies per a noies i per a nois? 	<p>És convenient incorporar estratègies diferenciades per atendre les desigualtats de gènere, en un marc d'objectius comuns. Amb les joves és essencial promoure l'accés al propi cos i estratègies d'agència del seu plaer i la seva sexualitat per potenciar que tinguin més capacitat de decisió sobre les seves sexualitatS.</p>

Perspectiva interseccional:

Aborda les desigualtats estructurals (relacionades amb el gènere, la raça, la classe, les capacitats funcionals o l'opció sexual, entre d'altres) que, de manera interconnectada, dificulten el gaudi dels drets sexuals.

- Des de quina posició estic intervenint?
- Quins són els meus privilegis?

Perspectiva de les diversitats:

Possibilita visibilitzar totes les identitats, les situacions i les maneres d'expressar i viure les sexualitatS i les relacions afectives d'una forma no jeràrquica i, al mateix temps, dona respostes a les necessitats específiques de les persones.

- Quines reflexions i sabers m'aporten les diversitats en relació amb les sexualitatS?

BLOC 2

Vinculació amb els continguts teòrics desenvolupats en els blocs de la guia

Reflexivitat en la intervenció comunitària
Com a agents comunitàries

La deconstrucció de la Masculinitat hegemònica com a promoció de la salut sexual:

Obrir espais de reflexió amb adolescents i joves al voltant de la construcció de la identitat masculina permet revisar les dinàmiques desiguals de poder entre noies i nois, prevenir les desigualtats i les violències masclistes en relació amb els drets sexuals, i l'empitjorament de la salut sexual de les persones.

- Puc identificar situacions de vulneració dels meus drets sexuals arrelades/vinculades amb les dinàmiques de la Masculinitat hegemònica?

- Estic treballant des de l'horitzontalitat amb les persones a les quals dirigeixo la meva intervenció comunitària?
- Com afecten les desigualtats socials en relació amb la salut sexual d'adolescents i joves?

És indispensable incorporar una perspectiva transformadora de les desigualtats socials que generen el sexisme, el racisme, el classisme, el capacitisme i el binarisme heteronormatiu, entre altres factors. Hem d'abordar la complexitat dels contextos socials revisant el nostre etnocentrisme i els nostres privilegis i destacant els coneixements de les persones amb les quals intervenim.

- Quines persones són al centre de la nostra intervenció i per què? Estem tenint en compte la diversitat sexual i de gènere sense caure a entendre-les com una variació del model hegemònic?

És convenient visibilitzar que les sexualitatS es poden viure de moltes maneres, tot depèn dels gustos i les preferències de cada persona. Hi ha diverses formes d'experimentar-les i és essencial reconèixer totes les pràctiques i les maneres de viure les sexualitatS d'una manera igualitària. Aquest reconeixement és un primer pas imprescindible per abordar qualsevol intervenció des de la perspectiva de drets.

Reflexivitat en la intervenció comunitària En la nostra intervenció

- Per què la Masculinitat hegemònica genera riscos per a la salut sexual de les persones?
- Estic abordant els efectes del masclisme en l'imaginari sexual i en la salut sexual de les i els joves?

Continguts situats

La naturalització de les violències sexuals, la consideració del desig dels homes com una pulsio irrefrenable, la concepció del risc com a valor positiu, entre d'altres, tenen un pes determinant en l'articulació de la Masculinitat. Aquests discursos que es tradueixen en els rols, comportaments i actituds continuen estan molt presents en les relacions de les i els joves, la qual cosa dificulta l'exercici dels drets sexuals i les cures relacionades amb la salut sexual. És imprescindible generar un procés reflexiu d'aquests discursos i de les desigualtats de gènere per tal de possibilitar una mirada crítica sobre la Masculinitat que permeti la promoció de la salut sexual.

Les cures en la gestió de la salut sexual:

Aprendre a desenvolupar estratègies vinculades a les cures de la salut sexual ens permet gaudir dels drets sexuals i viure les sexualitats d'una manera plena i plaent. L'espai que concerneix a les sexualitats com a processos, com a vivències, és l'espai on les nostres intervencions poden acompanyar adolescents i joves, compartir sabers i generar estratègies col·lectives que facilitin les cures de la salut sexual.

- Com cuido la meua salut sexual?
- Com m'afecten els mandats de gènere en les cures de la meua salut sexual?
- Puc reconèixer situacions en les quals no vaig tenir cura o no tinc cura de la meua salut sexual?

Promoció de la salut sexual i reproductiva:

Generar espais de reflexió amb adolescents i joves sobre les decisions reproductives on elles i ells siguin protagonistes actius és una eina bàsica de la intervenció comunitària per crear aprenentatges significatius sobre salut sexual i reproductiva i sobre les implicacions de les decisions reproductives en els seus projectes vitals.

- Quin paper tenen les opcions reproductives en el meu projecte vital?
- Quines situacions puc identificar a la meua vida o al meu entorn que vulnerin els drets reproductius?

Qüestions metodològiques:

Amb adolescents i joves, són especialment útils les metodologies actives, l'entrenament d'habilitats, el *role playing* i les activitats que aconseguen traduir en assajos conductuals els continguts dels aprenentatges.

Una intervenció es tornarà més eficaç si adolescents i joves:

- participen en l'elaboració dels continguts de l'activitat,
 - toquen, manipulen, examinen materials relacionats amb els continguts,
 - potencien la reflexió, la comunicació i l'intercanvi d'idees entre iguals,
 - faciliten el desenvolupament de la capacitat d'autonomia i de crítica,
 - fomenten l'autoestima i l'empoderament.
-

- A l'hora d'abordar les cures de la salut sexual, la meua intervenció, qüestiona o reproduïx els estereotips de gènere?
- La meua intervenció està generant estratègies per potenciar les cures en la salut sexual i prevenir les violències masclistes?
- Tinc les informacions pertinents a l'hora d'abordar les estratègies de prevenció en persones no heteronormatives?

Recomanem centrar les intervencions en estratègies preventives que millorin les habilitats de cura de la salut sexual, com ara l'escolta d'una mateixa, la identificació de desitjos i de límits, la presa de decisions, la comunicació en les relacions d'intimitat i la negociació de pràctiques segures i plaents, entre d'altres. És indispensable incorporar la prevenció de les violències masclistes com a promoció de la salut sexual.

És important facilitar informacions i estratègies preventives per a les cures de la salut sexual sense difondre la por i l'estigma cap a les ITS, en general, i el VIH/sida en particular.

- Quines estratègies i habilitats són claus en la promoció de la salut sexual i reproductiva?
- Quins límits tenen els esforços de les polítiques públiques per a la prevenció d'embarassos no planificats o ITS?

A la vegada que tenim en compte estratègies que millorin les habilitats de cura de la salut reproductiva de adolescents i joves, és important facilitar informació bàsica sobre opcions anticonceptives i parlar de les possibles opcions que es plantegen: la píndola de l'endemà i la interrupció voluntària de l'embaràs.

En un marc d'objectius comuns, recomanem treballar de manera diferenciada en grups de noies i grups de nois:

- per facilitar espais de seguretat i confiança,
- per aprofundir en les necessitats específiques,
- per facilitar canvis actitudinals.

3.3.2. Diversitat generacional

PERSONES GRANS

BLOC 1

Vinculació amb els continguts teòrics desenvolupats en els blocs de la guia

Reflexivitat en la intervenció comunitària
Com a agents comunitàries

Enfocament integral:

L'envelliment és un procés inherent a l'ésser humà, però alhora és un procés diferent en cada persona. Es produeixen canvis que afecten la sexualitat en general i la reproducció en particular, però aquests canvis no suposen l'impediment del desenvolupament d'unes sexualitatS plenes i satisfactòries. L'impacte psicològic que pugui produir-se dependrà més de la significació que les persones donin a aquests canvis i d'altres factors socials, que dels canvis fisiològics.

- Com m'imagino la meua sexualitat en la vellesa?
- Quins aspectes són importants per a la meua salut? Tenen a veure amb allò biològic?

Constructivisme social:

El concepte d'*edat social* determina els comportaments, les actituds i les expectatives emmarcats per a cadascuna de les edats. L'edat social repercuteix, doncs, en les sexualitatS de les persones grans, fruit d'una sèrie de prejudicis i de la imatge "negativitzada" de la vellesa que genera l'*edatisme* (rebuig cap a una persona o grup de persones sobre la base de la seva edat).

- Quins prejudicis tinc sobre les sexualitatS de les persones grans?
- M'he qüestionat l'edatisme, que situa només el cos jove com l'únic desitjable?

Perspectiva dels drets sexuals:

La negació dels drets sexuals de les persones grans és notable. L'existència de prejudicis socials, pautes culturals rígides i determinades actituds socials i familiars (com ara la censura, el retret, la por, els riures o els acudits, entre d'altres) propicien la discriminació de les persones grans en l'exercici dels seus drets.

- Quines situacions detecto que impedeixen a les persones grans gaudir dels seus drets sexuals?

Reflexivitat en la intervenció comunitària En la nostra intervenció

Continguts situats

- Quins són els elements clau de la meva intervenció per promocionar la salut sexual de la gent gran?
- Els elements centrals de la intervenció coincideixen amb les preocupacions del grup?

En les persones grans podem trobar algunes barreres que poden dificultar la salut sexual. Aquestes barreres tenen més a veure amb prejudicis socials que amb la medicació, les malalties o l'envelliment. Les persones grans tenen la capacitat d'enamorarse, trobar-se o divertir-se igual que en qualsevol altra edat. No hi ha cap edat en què acabi l'expressió de les sexualitatS ni de la intimitat. Si enfoquem les sexualitatS com a plaers amb formes múltiples d'expressió, les persones grans tenen accés a una vida sexual fructífera i plaent. La salut sexual de les persones grans depèn més de l'estat de salut general, de la qualitat de la seva vida sexual prèvia, de la comunicació amb la parella (en cas que en tinguin) i de la disponibilitat d'intimitat que dels anys.

- Com afecta la percepció negativa de la vellesa els drets sexuals de les persones grans?
- Estem treballant per qüestionar els mites i les falses creences al voltant de les sexualitatS de les persones grans?

És convenient revisar si en el grup al qual ens dirigim (partint de la seva diversitat) hi ha presents alguns estereotips, mites i falses creences, com ara considerar que, un cop acabada l'etapa reproductiva, les persones ja no gaudim de les nostres sexualitatS, que l'activitat sexual és perjudicial per a la salut, que ja no sentim desig o que és inapropiat, indecent o de mal gust. Aquests discursos fan que, en ocasions, estiguin vetats certs comportaments i activitats (reservats per a les persones joves i adultes) relacionats amb les sexualitatS. Hem d'afavorir que les persones que ho vulguin puguin gaudir de les seves sexualitatS lliurement

- Com es perceben les sexualitatS de les persones grans?
- Estic generant processos d'empoderament que afavoreixin el gaudi dels drets sexuals?

L'edat no elimina el desig, el plaer, la necessitat de donar i rebre afecte, ni ens priva del dret de fer-ho. L'empoderament és un procés que es va desenvolupant al llarg de tot el cicle vital. És convenient treballar l'autonomia per contrarestar la invisibilitat social. L'envelliment també pot ser una etapa que faciliti el desenvolupament d'entorns favorables, amb més oportunitats de participació i interacció social.

Perspectiva feminista:

Les desigualtats de gènere afecten la salut sexual de dones i homes grans d'una manera diferenciada. Ser dona i ser gran no entra en l'imaginari social de la Sexualitat; la menopausa s'ha considerat culturalment la fi de tot, ja que s'hi han lligat conceptes com el desig i la capacitat reproductiva. Per als homes, hi ha hagut un codi i un espai més ampli, pel qual se'ls permetia tenir unes sexualitatS més llargues. El masclisme està molt present també en aquestes edats: els homes maduren, mentre que les dones envelleixen.

- M'he plantejat mai com m'afecten els mandats i els estereotips de gènere al llarg del meu cicle vital?
- Els estereotips edatistes, són els mateixos per a les dones que per als homes?

Perspectiva interseccional:

Les desigualtats estructurals (relacionades amb el gènere, la raça, la classe, les capacitats funcionals, l'opció sexual, entre d'altres), de manera interconnectada, dificulten el gaudi dels drets sexuals de les persones. Aquests dificultats s'agregen encara més quan s'entrecreuen en la maduresa amb situacions de dependència (física, psicològica, econòmica, etcètera), baix nivell educatiu, pobresa, solitud, institucionalització, malaltia crònica, diagnòstic psiquiàtric o altres circumstàncies que poden limitar la vida sexual i afectiva i la possibilitat de poder exercir els nostres drets.

- Quins són els meus privilegis en l'àmbit de les sexualitatS respecte a les persones grans?
- Quines circumstàncies relacionades amb desigualtats estructurals podrien limitar l'exercici dels meus drets?

Perspectiva de les diversitats:

En parlar de sexualitatS, està garantida la diversitat, una diversitat que arriba a totes les franges d'edat. Cal destacar les situacions precàries d'índole social relacionades amb la falta de suport social, la solitud, l'LGTBI-fòbia, entre altres factors que afecten la salut sexual i l'exercici dels drets sexuals de les persones grans.

- Quines reflexions i sabers m'aporta la mirada de la diversitat?
-

- Hi ha diferències segons l'edat en la percepció de les violències masclistes, el concepte de l'amor, etcètera?
- Quines són les claus per a una intervenció adequada amb dones grans víctimes de violència masclista?

Un dels grans assoliments de la sexualitat adulta en la maduresa és la possibilitat de ser agents de la nostra pròpia sexualitat en primera persona. El pas del temps pot significar per a moltes dones la possibilitat de convertir-se en agents de la seva pròpia vida, una cosa fonamental en una societat plena de mandats de gènere esgotadors (ser bona mare, parella, filla, cuidadora, etcètera) i que, a més, a partir dels 50 intenta fer-les desaparèixer de l'espai públic. En ocasions, moltes dones, a causa dels estereotips que vinculen reproducció amb sexualitat, accepten que ha arribat l'etapa de la vellesa i, amb ella, la fi de les seves sexualitatS. És convenient contrarestar aquests discursos amb processos d'aprenentatge que continuïn enriquint les seves sexualitatS de manera que puguin adquirir nous coneixements i prendre decisions sobre les seves sexualitatS d'una forma més lliure.

- Estic treballant des de l'horitzontalitat i tenint en compte les veus diferents de les persones implicades?
- Les actituds cap a les sexualitatS, estan influenciades pel tipus de residència, el grau d'autonomia o l'estat civil?

En salut comunitària, és indispensable destacar els sabers de les persones a les quals dirigim la nostra intervenció, i ser conscients de la nostra posició de poder i dels nostres privilegis, com també de les nostres limitacions, i revisar el nostre edatisme, capacitisme i etnocentrisme.

És convenient tenir present que en els centres residencials, en ocasions, hi tenen lloc violències institucionals que vulneren els drets sexuals de les persones grans. Les actituds del conjunt de professionals, unides a la falta de formació sobre sexualitatS i persones grans, poden donar lloc a pràctiques que limiten l'expressió sexual de les persones residents, especialment quan les organitzacions per a les quals treballen adopten una cultura restrictiva sobre les sexualitatS. Resulta indispensable que les professionals actuïn com a facilitadores i no com a barreres dels drets i assumeixin vetllar pel benestar sexual de les residents.

- Quines són les necessitats i els desitjos de les persones grans de la meua comunitat en relació amb les seves sexualitatS?
- Quines són les necessitats específiques de les persones LGTBI+ a la maduresa?

En l'actualitat, malgrat haver avançat en els drets legals de les persones amb diversitat afectivosexual, continua havent-hi prejudicis socials. Aquest fet es veu multiplicat en les persones grans, que han patit una educació en ocasions més masclista i més homòfoba, i més desinformació i repressió sobre les sexualitatS. Altres necessitats específiques que no podem obviar estan relacionades amb el capacitisme social que provoca més permanència en la vulneració dels drets sexuals de les persones amb diversitat funcional (adquirida o no en la vellesa).

BLOC 2

Vinculació amb els continguts teòrics desenvolupats en els blocs de la guia

Reflexivitat en la intervenció comunitària
Com a agents comunitàries

La deconstrucció de la Masculinitat hegemònica com a promoció de la salut sexual:

Revisar els discursos que construeixen la Masculinitat en relació amb les sexualitatS pot obrir una porta per generar canvis actitudinals molt beneficiosos en les sexualitatS de les persones grans i que van més enllà de l'esfera que hi està relacionada.

- Quan un home no té una erecció, pot gaudir de la seva sexualitat?

Les cures en la gestió de la salut sexual:

L'essencial és retornar a les persones grans el seu dret a viure les seves sexualitatS; la vida de la sexualitat és tan llarga com la de les persones. Únicament es produeixen una sèrie de canvis, com en qualsevol etapa vital, als quals cal adaptar-se. Des d'aquesta premissa, cuidar les sexualitatS de les persones grans és cuidar les nostres sexualitatS futures.

- Què senten les persones grans respecte a la seva sexualitat? Tenen por, tenen desitjos i com els duen a terme?

Promoció de la salut sexual i reproductiva:

Els canvis en aquesta etapa de la vida comporten la fi de la capacitat de reproducció i, com que tradicionalment la sexualitat es vinculava a la reproducció, es creu erròniament que les sexualitatS de les persones acaben abruptament en el moment en què no som aptes per a la procreació, amb la qual cosa s'estableix un enfocament estrictament biològic que deixa de banda l'enfocament integral de la salut sexual.

- Quines estratègies de cura de la meua salut sexual he fet servir al llarg del meu cicle vital?
- Quina imatge tinc de les persones grans que van decidir no reproduir-se?

Reflexivitat en la
intervenció comunitària
En la nostra intervenció

**Continguts
situats**

- Estic generant un espai que revisa i transforma les construccions socials que articulen la Masculinitat?
- Quins estereotips i rols de gènere tenen els homes grans?

La vella concepció del sexe relacionada directament amb la penetració i associada a una glorificació de la Masculinitat (la idea que un home és més home si té més ereccions, més llargues i les seves ejaculacions són més fortes) genera una por profunda a la impotència. La potencialitat transformadora de la vulnerabilitat pot produir canvis no només ampliant el vessant dels plaers sinó molt més enllà, ja que pot suposar un canvi general per a les seves vides.

- Quines estratègies i habilitats hem de potenciar en les nostres intervencions per facilitar les cures en la salut sexual?

Les estratègies de cura de les sexualitatS per a les persones grans són molt semblants a les de qualsevol altra edat: no s'ha d'ometre l'ús de protecció, les revisions o la possibilitat d'acudir al personal mèdic quan sigui necessari. Cuidar-nos i que ens cuidin eleva l'autoestima i el benestar general. És important facilitar estratègies de cura de les sexualitatS adaptades a les necessitats de les persones grans amb les quals treballem.

- Com han afectat les decisions reproductives al projecte vital de les persones del grup?
- Quins significats atorguen les persones a la fi de l'etapa reproductiva?

Els processos relacionats amb la menopausa i la impotència per raons culturals sovint es relacionen amb la fi de la vida sexual de les persones, i es vinculen conceptes com el desig o el plaer a la capacitat reproductiva. Fer-se gran és un viatge emocional en el qual, com en altres moments del cicle vital, podem sentir por, frustració o vulnerabilitat. Moltes persones grans interioritzen els estereotips edatistes i acaben renunciant a l'expressió de les seves sexualitatS. És convenient acompanyar emocionalment les persones, i detectar i obrir nous camins per on puguin transcórrer les sexualitatS en aquesta etapa.

Qüestions metodològiques:

És necessari treballar les sexualitatS d'una manera profunda, fent ús de la reflexió tant quan es tracta de persones institucionalitzades com de persones que resideixen en el propi domicili, per portar a terme un acompanyament en l'adaptació de les sexualitatS al llarg del cicle vital, i evitar les frustracions i fomentar les capacitats d'agència i resiliència. Per tal d'afavorir la promoció de la salut i els drets sexuals de les persones grans, proposem la creació de tallers d'educació sexual tant en les residències com en casals de persones grans, llars de jubilats, centres de dia, etcètera. El paper de les agents comunitàries i professionals que treballen en l'atenció a les persones grans és indispensable com a coneixedores properes de la realitat social.

Cal disposar d'estratègies que permetin la sensibilització i la promoció dels drets sexuals, i l'intercanvi d'idees, sabers i coneixements entre les persones participants per generar competències i habilitats que aquestes puguin incorporar posteriorment a les seves quotidianitats. Els tallers de salut comunitària permeten adquirir hàbits nous, compartir sabers i experiències, socialitzar-se en l'entorn i sortir de les rutines diàries. Són factors colaterals implícits que finalment esdevenen clau per a l'èxit de l'activitat.

Hem d'evitar caure en el paternalisme i la infantilització i revisar si els nostres prejudicis sobre les persones grans no estan determinant els objectius i els continguts de la intervenció comunitària. Per promocionar els drets sexuals de les persones grans, poden ser útils les recomanacions següents:

- Informar i facilitar processos de presa de consciència sobre els drets sexuals, posant l'èmfasi en el dret a l'autonomia, a la privacitat i a una sexualitat lliure de violències masclistes.
- Obrir espais de reflexivitat per problematitzar les falses creences i mites sobre la sexualitat en la vellesa que dificulten l'expressió del desig i la disposició a gaudir de les sexualitatS. Identificar situacions d'edatisme, fer pedagogia i eliminar-les, a fi de prevenir la vulneració dels drets sexuals.
- Potenciar una visió positiva de la sexualitat que no la limiti a la joventut, el coit, la procreació, l'home o l'heterosexualitat.
- Facilitar processos d'aprenentatge col·lectiu a fi que les persones puguin prendre decisions en relació amb les seves sexualitatS d'una manera més lliure. Maximitzar l'empoderament de les persones grans en situació de discriminació i vulnerabilitat.
- Com sempre, recomanem posar en el centre els aspectes vivencials i socials de les sexualitatS i tenir en compte els significats que les persones donen als canvis fisiològics que es produeixen en aquesta etapa més que no pas el fet biològic.

Proposem, com a exemple metodològic d'una sessió:

- Exposicions de continguts.
- Dinàmiques de grup.
- Discussió de casos i situacions on es vulneren els drets sexuals de persones grans, i cerca col·lectiva d'estratègies per garantir el dret a decidir lliurement en tot allò relacionat amb les sexualitatS.

3.3.3. Diversitat funcional

BLOC 1

Vinculació amb els continguts teòrics desenvolupats en els blocs de la guia

Reflexivitat en la intervenció comunitària
Com a agents comunitàries

Enfocament integral:

La sexualitat és el motor més potent del creixement personal i del desenvolupament de la pròpia personalitat i de les relacions socials. Com a tal, hauria de ser central i no secundària en l'acompanyament i en els suports socials per a les persones amb diversitat funcional.

L'única manera de tenir una vida sexual plena és tenint una autopercepció positiva del cos i de si mateixa, i una vida social rica i complexa. Per això, hem d'entendre que les intervencions en promoció de la salut sexual han d'anar en consonància amb una aposta per promoure la vida independent.

- He de demanar permís a algú per viure la meua sexualitat?
- Soc capaç de reconèixer els drets sexuals a totes les persones?

Constructivisme social:

La discapacitat, com el gènere, és una construcció social. La concepció de les persones amb diversitat funcional com a "dis-capaces", com a menys capaces, no capaces, constitueix l'origen de l'exclusió i la discriminació i, per tant, és imprescindible qüestionar contínuament aquesta percepció.

- Com m'afecta la idea de "normalitat"?
- M'he qüestionat el capacitisme en el meu desig?

Perspectiva dels drets sexuals:

És essencial retornar a les persones amb diversitat funcional el seu dret a viure les seves sexualitats: considerar les persones amb diversitat funcional titulars de drets implica deixar de concebre-les com a portadores d'un "problema" individual atendent a medicament i reconèixer que la majoria de les limitacions a les quals s'enfronten estan vinculades a processos econòmics, socials i culturals que han convertit les seves diferències físiques o psicològiques en un motiu per considerar-les ciutadanes de segona.

- Quines situacions detecto que vulneren els drets sexuals de les persones amb diversitat funcional?
- Quin paper han de tenir professionals i famílies respecte als drets sexuals?

Reflexivitat en la intervenció comunitària En la nostra intervenció

Continguts situats

- Quin pes estem donant a l'enfocament biomèdic i al terapèutic en la nostra intervenció?
- Quin lloc estem donant al plaer i al benestar?

Més enllà de “què podem fer per la sexualitat de les persones amb diversitat funcional?”, cal enfocar també la qüestió en la direcció contrària: “què pot aportar la realitat de la diversitat funcional a la reflexió sobre les sexualitatS?”.

Les persones amb diversitat funcional viuen les seves sexualitatS com tothom, d'una manera molt única. Com qualsevol altra persona, tenen moltes formes de viure la sexualitat i molt de potencial crític per qüestionar la Sexualitat hegemònica i per ampliar l'imaginari del desig i dels plaers.

Les persones amb diversitat funcional són persones sexuades, no tenen particularitats sexuals (no més que qualsevol persona) i viuen les seves sexualitatS amb més o menys dificultats i, quan aquestes dificultats sorgeixen, estan originades més aviat per l'entorn social que no pas per la condició de la persona.

- Quins mites i creences ens dificulten la promoció de la salut sexual de les persones amb diversitat funcional?

Les causes de l'exclusió sexual de les persones amb diversitat funcional són socials. La barrera d'un imaginari col·lectiu que infantilitza i asexualitza les persones amb diversitat funcional dificulta greument les vides i les sexualitatS d'aquestes persones. La superació de mites, tabús i falses creences passa per assumir que estem davant de persones que, com qualsevol altra, són mereixedores i tenen el dret de prendre decisions sobre la seva pròpia vida, inclosa la seva sexualitat.

- Estem oferint eines per prendre consciència dels drets sexuals i possibilitar que se'n gaudeixi?
- Què aporta la meua intervenció per facilitar l'empoderament de les persones en relació amb les seves sexualitatS?

Estem tenint en compte com les persones amb les quals treballem han interioritzat l'opressió capacitista? Pensar alguns cossos com a erronis té unes conseqüències profundes que travessen les vides de les persones amb diversitat funcional i les priven dels seus drets. És essencial generar processos d'empoderament en general i, en particular, sobre la seva vida sexual, i potenciar que les persones siguin subjectes actius en la reivindicació dels seus drets sexuals. Tenint en compte els possibles processos d'interiorització i naturalització de l'opressió capacitista, hem de tractar de facilitar espais on demostrar que no s'ha de renunciar al dret a una sexualitat digna, encara que avui dia sigui la societat la que la limita greument.

Perspectiva feminista:

La intersecció dona - diversitat funcional ens parla d'una exposició més elevada a les desigualtats socials i a les violències masclistes, que les converteixen en les oblidades de les oblidades. Les violències contra les dones amb diversitat funcional segueixen uns mecanismes específics; es tracta d'unes violències invisibilitzades que tenen lloc majoritàriament en l'àmbit domèstic, residencial i mèdic.

D'altra banda, hem de tenir present que molts rols associats a la feminitat normativa, com ara la maternitat, la cura, la sensualitat i la sexualització del cos, són precisament els que les dones amb diversitat funcional tenen negats.

- M'he preguntat mai perquè els lavabos tenen els rètols binaris i al costat els de les persones que van en cadira?
- Quins trets configuren la meua feminitat? M'he plantejat mai que hi ha dones excloses de la feminitat normativa?

Perspectiva interseccional:

No hem de perdre de vista altres dimensions de les persones amb les quals treballem, com el gènere, la classe social, la raça, l'edat, si tenen un diagnòstic psiquiàtric, si estan medicalitzades, si resideixen en un centre, si estan tutelades, etcètera, que poden ser rellevants per a la nostra intervenció. Sovint la situació d'exclusió de les dones amb diversitat funcional s'ha entès com a fruit d'una "doble discriminació", però la realitat és una mica més complexa que sumar opressions: el patriarcat s'hi interseca i facilita models socials específics de desigualtat. Així, les dones amb diversitat funcional pateixen violències masclistes específiques, com ara l'esterilització forçada o l'avortament coercitiu, a més de la resta de violències masclistes davant les quals s'enfronten a més "vulnerabilització" social.

- Quins són els meus privilegis en relació amb les persones amb diversitat funcional?
 - Com puc passar d'un enfocament de doble o triple discriminació a una perspectiva feminista interseccional?
-

- Què vol dir la intersecció dona-discapacitat?
- Estic abordant les violències masclistes específiques relacionades amb la diversitat funcional?

La persistència de certs imaginaris, com ara la naturalització del desig masculí o la supeditació de la dona a l'aspecte físic, es combinen amb la negació o la repressió de la sexualitat en les dones amb diversitat funcional. El buit que acompanya aquesta qüestió es tradueix en la manca d'educació sexual que rep el col·lectiu, ja que sovint les famílies i les escoles no transmeten la sexualitat com quelcom inherent a l'ésser humà i imprescindible com a dret i per a la qualitat de vida sinó que, contràriament, és una qüestió que genera por i incomoditat. Així, el vel de silenci amb el qual l'entorn tot sovint (no) afronta el tema se sol conduir per la via de la sobreprotecció de la dona, que es pot materialitzar tant en la negació de la seva sexualitat (infantilització, dessexualització) com en la seva repressió o aïllament de qualsevol manifestació eròtica. Aquest buit de coneixement no combat sinó que facilita l'abús sexual, una violència que tot sovint també cau en el sac del silenci.

No obstant això, hem de tenir molta cura en les nostres intervencions de no reproduir l'estereotip d'aquestes dones com a víctimes passives per facilitar processos d'empoderament i agència.

- La nostra intervenció qüestiona el model hegemònic de sexualitat?
- Quin és el posicionament de la meva entitat en la defensa dels drets sexuals de les persones amb diversitat funcional?

Necessitem superar el pensament dicotòmic no només pel que fa a el concepte *normal-anormal* sinó també pel que fa a la producció i la reproducció, al que és públic i el que és privat, a la capacitat i la discapacitat, o a allò natural i allò social. El capacitisme porta a situar actes injustos de vulneració de drets com a accions justificades: es normalitzen les violències i s'accepta l'abús. En definitiva, s'incentiva una naturalització de violències en general i la vulneració dels drets sexuals en particular.

En ocasions, per prudència o per por, les entitats, les institucions i els equips professionals no tan sols no faciliten els drets sexuals de les persones que acompanyen, sinó que en dificulten l'exercici, per exemple, impedit-los el dret a la intimitat o a l'expressió de la sexualitat. Hem de tenir molt clar que els drets sexuals són universals i que estem obligades legalment –i sobretot èticament– a garantir-los i a promoure'ls i, si escau, a interpel·lar les nostres organitzacions per garantir els drets sexuals d'una manera global per a totes les persones amb les quals treballem. Actualment, molt pocs centres tenen un pla de treball o protocol sobre l'abordatge de la sexualitat dels seus usuaris i usuàries, i no es facilita informació i possibilitats estructurals i educatives en relació amb les sexualitatS. Mentre no arribem a un model de vida independent, qualsevol tipus de centre, residencial o diürn, disposa de diverses possibilitats, com ara l'elaboració de protocols de gestió de la promoció de la salut sexual o la incorporació de la promoció dels drets sexuals en la planificació centrada en la persona (PCP).

Perspectiva de les diversitats:

Des dels moviments de la diversitat funcional es postula que el cos (individual) no és el problema (social), de manera que el cos mateix pot ser un territori des del qual es construeixi la solució. Per trencar les dinàmiques infantilitzadores que naturalitzen les situacions de dependència, s'aposta per la visibilització dels cossos amb diversitat funcional com a cossos sexuats, amb desitjos i desitjables.

- He naturalitzat l'asexualitat de les persones amb diversitat funcional?
- Quines reflexions i sabers m'aporten els activismes de la diversitat funcional per repensar la meua pràctica professional?

BLOC 2

Vinculació amb els continguts teòrics desenvolupats en els blocs de la guia

Reflexivitat en la intervenció comunitària
Com a agents comunitàries

La deconstrucció de la Masculinitat hegemònica com a promoció de la salut sexual:

Activistes com ara Antonio Centeno aporten reflexions molt interessants per repensar la construcció de la identitat masculina. Si la identitat masculina es construeix a partir d'un cos fort, valent, potent i vigorós que competeix per l'espai públic, d'una sexualitat fal·locèntrica i d'una contenció del que és emocional, com encaixa la diversitat funcional en aquesta hegemonia?

- M'he preguntat mai sobre la relació entre la masculinitat i la diversitat funcional?
- Un home amb diversitat funcional pot ser un referent de masculinitat?

Les cures en la gestió de la salut sexual:

La negació sistemàtica del dret a rebre una educació sexual comprensiva i la falta d'oportunitats per aprendre a relacionar-se sexualment i afectiva, augmenten la possibilitat d'embarassos no desitjats o malalties de transmissió sexual, impedeixen un desenvolupament adequat de la seva sexualitat, creen conflictes entre els seus desitjos i les normes socials, i els fan especialment vulnerables a patir abusos i agressions sexuals.

- M'he qüestionat el capacitisme que, des de la por, impedeix que, per exemple, les persones amb diversitat intel·lectual prenguin decisions sobre la seva salut sexual?

- Tinc en compte en la intervenció els debats i les reivindicacions dels moviments de la diversitat funcional?
- A més de l'assistència, es preveuen altres estratègies que facilitin el gaudi dels drets sexuals?

Els moviments de la diversitat funcional han pivotat sobre un element central: la resistència davant la imposició d'un destí marcat per una anatomia concreta. Així, s'ha entès el cos com un focus principal de resistència. Fruit d'aquesta resistència, neix la reivindicació de l'assistència sexual: un tipus de treball sexual que consisteix a donar suport per poder accedir sexualment al propi cos o al d'una parella. La persona assistida decideix com rep suport: aquesta és la seva forma d'autonomia per explorar el seu cos, per masturbar-se, per viure la seva sexualitat. No totes les persones amb diversitat funcional necessiten assistència sexual, només aquelles l'autonomia i les decisions de les quals passen per les mans d'una altra persona. En el cas de la diversitat intel·lectual, la persona tutora es responsabilitza d'establir entre persona assistent i assistida el protocol per determinar què pot decidir la persona amb diversitat intel·lectual per si mateixa, què decideix amb suport i què no decideix.

Reflexivitat en la intervenció comunitària En la nostra intervenció

- Estic facilitant un espai que revisa les construccions socials que articulen la Masculinitat?
- Estic incorporant les experiències dels participants en relació amb la construcció de la identitat de gènere?

Continguts situats

Elements com ara assumir la vulnerabilitat, la fragilitat del cos, la dimensió comunitària de les cures i els suports, o viure unes sexualitats menys normatives, són claus per al procés de deconstrucció de la Masculinitat hegemònica, per adonar-se dels privilegis i per poder desfer-los. La diversitat funcional, precisament, pot ser una porta per obrir aquest camí (o no); hem de partir de les experiències i vivències del grup amb el qual treballem i ajustar-nos al màxim a la seva realitat.

- Tinc recursos pedagògics adients per treballar les estratègies de cura de la salut sexual de les persones amb les quals intervinc?
- Quins processos hem de facilitar per promocionar la salut sexual?

Entenem que el treball de promoció de les cures en salut sexual ha d'anar en consonància amb un treball comunitari que tracti de manera global la presa de decisions i faciliti l'autonomia. Hem de qüestionar-nos tant la sobreprotecció com la infraprotecció que sovint pateixen les persones amb diversitat funcional. L'educació sexual de les persones amb diversitat funcional no ha de centrar-se en la prevenció de riscos: ha de tenir en compte també les possibilitats de la seva vida sexual i afectuosa, i treballar per empoderar-les. És la nostra responsabilitat trobar recursos



Promoció de la salut sexual i reproductiva:

La Convenció internacional dels drets de les persones amb discapacitat insta els estats a prendre mesures per posar fi a la discriminació en totes les qüestions relacionades amb el matrimoni, la família, la paternitat i les relacions personals. No obstant això, estem molt lluny de la igualtat de condicions i, en aquest àmbit, també és flagrant la discriminació i la vulneració de drets de les persones amb diversitat funcional.

- Quina és la meua posició respecte als drets reproductius de les persones amb diversitat funcional?
- Les persones amb les quals treballo, s'han plantejat mai l'opció reproductiva? Per què?

Qüestions metodològiques:

Hem de tenir molta cura en les nostres intervencions per no reproduir l'imaginari social del drama personal. Evitem caure en el paternalisme i fomentem intervencions que facilitin processos d'agència i l'empoderament. Especialment amb dones, hem de fugir de l'estereotip de víctimes passives. Podem aprendre'n molt obrint l'espai a l'intercanvi d'estratègies i resistències quotidianes que han desenvolupat al llarg de les seves vides.

Hem de potenciar espais en què les persones amb diversitat funcional puguin ser les protagonistes dels seus drets i de les seves decisions, que generin processos per a la resiliència i que proposin referents positius que facilitin l'agència dels drets sexuals.

Per promocionar els drets sexuals de les persones amb diversitat funcional, poden ser útils les recomanacions següents:

- Informar i facilitar processos de presa de consciència dels drets sexuals, i posar l'èmfasi en el dret a l'expressió de la sexualitat, a la privacitat, a la intimitat i a la llibertat sexual.
 - Facilitar processos d'aprenentatge col·lectiu a fi que les persones puguin prendre decisions en relació amb les seves sexualitats d'una manera més lliure.
-

pedagògics sobre salut sexual que no siguin excloents, i potenciar l'autonomia de les persones a l'hora de triar les estratègies de cura de la seva salut que s'adaptin millor a la seva vivència i context.

- Les persones amb les quals treballa, han pogut prendre decisions informades sobre les opcions reproductives?

Les persones amb diversitat funcional, tenen programes i atenció de la salut sexual gratuïts o a preus assequibles de la mateixa varietat i qualitat que les persones amb capacitats normatives? Les barreres socials continuen persistint en el dret a la reproducció de les dones amb diversitat funcional, especialment si la diversitat és intel·lectual, en la concessió de la custòdia legal de les filles o fills a la mare en cas de divorci, en l'accés a l'adopció o l'acolliment familiar i a la reproducció assistida. A aquestes discriminacions, s'hi afegeix el fet que, amb freqüència, el personal sanitari en desaconsella l'embaràs per considerar-lo d'alt risc, i oculta el seu desconeixement professional a l'hora d'acompanyar-les en aquest procés. Qüestions com l'avortament coercitiu o l'esterilització forçosa de les persones amb diversitat funcional són aspectes cabdals que cal replantejar en la defensa dels drets sexuals de les persones amb diversitat funcional.

Per contrarestar l'imaginari social del "cos erroni" proposem metodologies que posin el cos en el centre. En aquest sentit, poden ser eines útils:

- Les dinàmiques corporals que facilitin la trobada, la reconciliació amb el propi cos, l'experiència sensorial, etcètera.
- El *role playing*: exercicis que, mitjançant l'assaig, proporcionin recursos per gestionar vivències relacionades amb les sexualitats.
- La *performance*: per exemple, si volem treballar el gènere, en comptes de fer-ho des de l'àmbit discursiu podem proposar metodologies corporals, com ara el *drag king*, per produir l'intercanvi de reflexions.
- El teatre i l'humor: per facilitar processos d'apropiació i reivindicació dels drets des de l'empoderament.

A més de dinamitzar tallers, si treballem de manera continuada amb un grup de persones, seria interessant poder fer servir qualsevol recurs pedagògic que s'adeqüi als objectius de la nostra intervenció i a les especificats del grup.

En el web <http://salutsexual.sidastudi.org/es/zonapedagogica/diversidad-funcional>, podeu trobar una selecció de materials educatius i divulgatius sobre els drets sexuals.

Recursos pedagògics

A continuació, es presenten una selecció de recursos pedagògics per disposar de materials i ampliar informacions que afavoreixin el desenvolupament d'intervencions comunitàries tenint en compte les especificitats desenvolupades en les taules de l'apartat anterior. Finalment, es fa un recull de materials i recursos produïts per Creación Positiva i SIDA STUDI com a entitats autores de la guia, que poden ampliar o exemplificar els continguts que s'hi han exposat.

Diversitat cultural



“Un món de gèneres”. Exposició

Amb motiu de la Setmana per la Diversitat Afectivosexual i de Gènere del 2018 sobre les identitats no binàries amb el lema #TrenquemElBinarisme, des del Consell de Joventut de Barcelona es va preparar una exposició sobre gèneres no binaris arreu del món. Està disponible en format digital com a recurs perquè tothom que ho vulgui pugui visitar-la en línia, imprimir-la o fer-la servir lliurement per als seus propòsits.

Disponible a: <http://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD26242.pdf>



Lo que ocurre cuando sumas machismo y racismo. Vídeo

Un grup de dones racialitzades denuncien en un vídeo el racisme “específic” que sofreixen per ser negres, llatines, asiàtiques o musulmanes. Reflecteixen l'exotització, la hipersexualització i l'estigmatització que caracteritzen determinades actituds masclistes que solament pateixen les dones racialitzades.

Disponible a:
https://www.youtube.com/watch?v=Jko5SBmPUNA&feature=emb_logo



A escondidas. Pel·lícula

Ibrahim, un noi marroquí de 16 anys, camina sol i desorientat per una carretera dels afores d'una gran ciutat. Sap que en dos dies l'expulsaran del país, així que agafa la motxilla i es fuga. No té on anar. En una discoteca, en Rafa, un noi espanyol de 15 anys, està molt nerviós perquè no es creu capaç de satisfer el que n'espera la noia que l'acompanya. El destí d'Ibrahim i Rafa es creuen i la influència que exerceixen l'un sobre l'altre serà tan gran que començaran a sentir coses que no podran controlar.

Mes informació: <http://www.aescondidaspelicula.com/>

Diversitat funcional



La salud sexual: claves para disfrutar de unos hábitos sexuales sanos y placenteros. Guia de lectura fàcil

Per què calia un llibre sobre com tenir cura del nostre benestar sexual i afectiu? Per poder gaudir de les nostres relacions sexuals, tenint en compte les nostres necessitats, els nostres gustos i els de les altres persones. Per estar ben informades i protegir-nos de possibles riscos per a la nostra salut i la de les altres persones. Per sentir-nos felices i segures en les nostres relacions sexuals i afectives. En aquest llibre trobaràs informació i orientació perquè puguis gaudir d'uns hàbits sexuals sans i plaents. Aquest llibre et pot servir a tu, a la teva família, a les teves amigues i amics, a les i els professionals del teu entorn i a totes les persones que tinguin interès a tenir cura i aprendre de la sexualitat. (Extret del document, traduït del castellà)

Disponible a: <http://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD46927.pdf>



Indiscutible. Material didàctic

InDiscutible és un vídeo pedagògic que pretén fer-nos reflexionar sobre el dret de les persones amb discapacitat a gaudir d'una sexualitat lliure, plena i consentida. Per reforçar la seva intencionalitat didàctica, es presenta en tres blocs clarament diferenciats. Cadascun dels blocs consta de tres parts. Primera part: reflecteix les opinions sobre els temes tractats, tant de les persones amb discapacitat com de les i els familiars i professionals del sector que han participat en les sessions de treball durant tot el procés. Segona part: recull una sèrie

d'escenes teatralitzades en què es proposen situacions que mostren les dificultats de les persones amb discapacitat per viure la seva sexualitat, així com les dificultats de familiars i professionals per donar-los el suport necessari en cada cas. Tercera part: al final de cada bloc es plantegen unes preguntes senzilles, directes i necessàries que resumeixen el contingut del bloc i pretenen ajudar-nos en el procés de reflexió sobre els temes tractats. (Versió original en castellà i català amb subtítols en castellà). (Extret del document, traduït del castellà)

Disponible a: <https://indiscutable.cat/>



Sexualidades diversas. Manual para atención de la diversidad sexual en las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo

El Manual ofereix elements que permeten conèixer millor la sexualitat de les persones amb discapacitat intel·lectual o del desenvolupament, que són amb qui es treballa des de FEAPS. Permet apropar-se a la seva realitat per desterrar certs mites i falsos tòpics. A més, també ofereix propostes i orientacions amb què contribuir, cadascuna des del seu àmbit i d'una manera consensuada i coordinada, a millorar l'educació i l'atenció de la sexualitat d'aquestes persones. El Manual comparteix la idea que l'associació estatal Sexualidad y Discapacidad mira de difondre des dels seus inicis, i en què incideix sempre que té oportunitat: que "fer una bona educació sexual és més senzill del que sembla". És una idea que professionals i familiars reben amb molt més interès del que podria semblar. En aquesta direcció, el Manual aporta claus per parlar més i millor sobre alguns aspectes relacionats amb l'educació sexual, pautes sobre com actuar davant d'algunes conductes i pistes sobre com organitzar certs entorns per tal de propiciar un bon desenvolupament en tots els aspectes. (Extret del document, traduït del castellà)

Disponible a: https://sid.usal.es/idocs/F8/FD027071/Sexualidades_Diversas.pdf



ESI y discapacidad visual. Vídeo

En aquest material es presenten les reflexions d'un grup d'adolescents i joves cegues o amb dificultats visuals sobre la sexualitat i l'afectivitat en tallers sobre educació sexual. Està elaborat pel programa "Educación Sexual Integral" de l'Argentina.

Disponible a: https://www.youtube.com/watch?v=CeCdvV4a5xw&feature=emb_logo



Sexe joves: vídeos per a persones amb dificultats auditives

Sèrie de vídeos en llengua de signes catalana accessible per a persones amb dificultats auditives. Es recullen diversos aspectes de la salut sexual organitzats en diversos apartats (Afectivitat i sexualitat; Coneixement del cos; “Petting”; La primera vegada; Contracepció; Contracepció d’urgència; Embaràs; Avortament; Infeccions de transmissió sexual; Abús, assetjament i agressió sexual; Sexe i drogues; Sexe virtual; Assetjament virtual). Els vídeos es localitzen a la part dreta de cada subapartat sota l’epígraf “Versió accessible”.

Disponible a: <http://sexejoves.gencat.cat/ca/temes/>

Diversitat generacional

Infància



Explicam un conte: coeducar en la petita infància a través dels contes

Aquesta guia neix amb la voluntat d’oferir un recurs formatiu i pràctic per a educadores, educadors i mestres d’escola bressol, interessades a incorporar una mirada coeducativa als contes infantils. Alhora, és un recurs per a qualsevol persona interessada en els contes des d’una perspectiva de gènere, adreçat també a l’entorn comunitari, a les famílies i a altres etapes educatives en les quals també s’utilitzen els contes. La guia s’estructura en quatre blocs principals: el paper dels contes en la petita infància i la socialització de gènere, la tria de contes des d’una mirada coeducativa, una proposta de selecció de contes per a “La maleta viatgera”, idees per acompanyar l’explicació dels contes i propostes i recursos vinculats. A cada bloc, hi trobareu quadres fora de text que us aportaran algunes definicions o anotacions sobre el tema que s’està tractant.

Disponible a: https://coeducaccio.coop/wp-content/uploads/2019/02/Explicam-un-conte_-versio-x-difondre.pdf



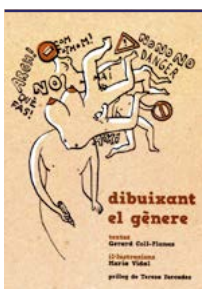
Educación sexual integral: propuestas y actividades para el aula

Aquest quadernet conté una sèrie d’activitats que, a mode de propostes orientadores, van ser pensades per dur a terme amb estudiants dels tres nivells (inicial, primari i mitjà)*. La intencionalitat és la de poder pensar l’educació sexual integral en el procés de creixement, tenint com a marc de referència que les qüestions que s’aborden des del nivell inicial donaran peu a la tasca que s’estableixi durant l’escola primària i que, amb la continuïtat del treball en aquest nivell,

serà el punt de partida del que es treballarà durant el nivell mitjà. [...] * Aquest quadernet es va dissenyar a partir de quatre eixos temàtics que aborden aspectes diferents de l'educació sexual integral. (Extret del document, traduït del castellà)

* Aquest document està basat al sistema educatiu argentí i els cicles escolars són diferents.

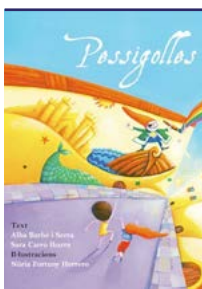
Disponible a: https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/cuadernillo_esi.pdf



Dibuixant el gènere

És un projecte divulgatiu basat en el llibre *Dibuixant el gènere*, que té com a objectiu acostar les aportacions dels estudis de gènere a un públic ampli. El projecte està elaborat per Gerard Coll-Planas i Maria Vidal. Aquesta és una guia pedagògica pensada per acompanyar l'ús de les animacions de *Dibuixant el gènere* en contextos educatius (formals i no formals). La guia proposa cinc dinàmiques que estan adreçades bàsicament a alumnat d'ESO. Hi trobareu un glossari de conceptes, cada dinàmica explicada pas a pas i recomanacions per portar-les a terme elaborades per la cooperativa Candela.

Disponible a: <http://www.dibgen.com/index-ca.html>



Pessigolles

La sexualitat ens acompanya, des de ben petites, per les etapes de la nostra vida. És una font d'aprenentatge i un camp replet d'experiències molt valuoses per al nostre coneixement. Tot i que a voltes ens pot ser difícil parlar amb les criatures de la seva sexualitat, els seus desitjos i les seves fantasies, contribueix a un desenvolupament saludable i integral. Com a persones adultes, és important promoure una lliure recerca i experimentació amb el cos, i ampliar l'imaginari a l'entorn de la sexualitat. (Extret de la contracoberta)

Disponible a: <https://issuu.com/edbellaterra/docs/pesigolles>



La perruca de Luca: un conte per a gent valenta

Luca és un tipus valent. Amb a penes quatre anys es va atrevir a qüestionar les normes que altres van construir per a ell. Es va enfrontar al món, el seu món, el nostre món, i ens va demostrar que mai no és aviat ni tard per lluitar contra les coses absurdes de la vida. (Extret del conte)

Disponible a: <https://lapelucadeluca.com/>

Joves



Guia d'educació sexual: Els nostres cossos, els nostres drets

És un material de suport al professorat, destinat a treballar l'educació afectivosexual com un contingut transversal del currículum, ja sigui a través de la tutoria o del tractament transversal dels continguts en les diverses àrees, mòduls i matèries. L'objectiu no és cap altre que acompanyar joves i adolescents en el seu procés de creixement, desenvolupament i aprenentatge personals i empoderar-les per a l'autodeterminació de la seva pròpia identitat, d'una manera lliure, sana i sense pressions socials normatives.

Disponible a: <http://www.karicies.com/2018/09/els-nostres-cossos-els-nostres-drets.html>



Oh my goig: Tot el que vols saber sobre la teva sexualitat

Oh my goig és un plantejament educatiu nou en la televisió del nostre país, pensat per informar, sensibilitzar i empoderar els i les adolescents (i no tan adolescents) sobre la sexualitat. A mitjan 2016, betevé, el canal de televisió de Barcelona, va contactar amb el Centre Jove d'Atenció a les Sexualitats (CJAS) per demanar assessorament per elaborar un nou programa d'educació sexual per a joves i adolescents. *OMG* parla de la sexualitat des dels drets, sempre en positiu, posant el pes en tot allò satisfactori, de gaudi, de plaer, parlant sobretot de les oportunitats i també, quan cal, dels "riscos" (embaràs no desitjat, avortament, ITS, relacions abusives, violències de gènere, etcètera). El programa ha tingut dues temporades emeses entre els anys 2016 i 2018 i s'hi ha ofert informació clara que faciliti als joves i les joves la presa de decisions respecte a la seva vida sexual. (Extret del web)

Disponible a: <https://centrejove.org/omg/>



Desaprenent: Una mirada feminista a l'etapa secundària

Aquesta guia pretén ser una eina de suport per al professorat de secundària de cara a poder incorporar la coeducació al seu dia a dia professional. Està dividida per seccions temàtiques amb la idea de facilitar-ne la lectura. La majoria de capítols presenten la mateixa estructura: una part teòrica que emmarca les activitats i una segona part amb actuacions pràctiques. Malgrat aquesta divisió, tots els capítols estan relacionats i us recomanem llegir-la sencera per tenir-ne una visió de conjunt. Es tracta de crear una mirada holística i transversal de la coeducació als instituts. (Extret del text)

Disponible a: https://candela.cat/wp-content/uploads/2019/04/guia_def_02.pdf

GUÍA PARA EL PROFESORADO



Con-sentido: guía para el profesorado

La normalització de la violència sexual i sexista forma part del dia a dia de la nostra societat i per posar-hi fi és necessari generar un pensament crític, lliure d'estereotips que guiïn els nostres actes i configuren les nostres identitats. Des dels *consejos de la MoCEDA* (consells de Joventut d'Astúries) proposem, amb aquest material, educar en la importància del consentiment com a requisit imprescindible per al desenvolupament d'una sexualitat ètica i positiva per a totes les persones. Aprendre a comunicar i consensuar com volem relacionar-nos és bàsic per garantir els drets sexuals fonamentals. (Extret del document, traduït del castellà)

Disponible a: http://www.cmpa.es/datos/2/GUIA_PARA_EL_PROFESORADO_CON-SENTID49.pdf



Drets sexuals i reproductius: material didàctic adreçat a professionals que treballen amb joves majors de 16 anys. Guia didàctica

Aquest material didàctic consta de dues parts: una proposa activitats per a professionals que treballen amb joves de més de 16 anys, i l'altra vol ser una eina de treball i coneixement per a dones, i també facilitar-los àmbits de relació al voltant d'aquesta temàtica. (Extret del document)

Disponible a: <https://lassociacio.org/wp-content/uploads/2019/11/Drets-Sexuals-i-Reproductius.-Material-Did%C3%A0ctic-Joves.pdf>



Porno Eskola. Guia didàctica

Porno Eskola és una guia didàctica sobre pornografia i té com a objectiu principal ser una eina d'educació sexual. El porno, avui en dia, és la primera presa de contacte que tenen els i les joves amb la sexualitat, més concretament, amb el sexe. La fàcil accessibilitat a aquest món mitjançant internet té el seu costat positiu i el seu costat negatiu. Per això, és important que les persones que accedeixin a aquests continguts siguin capaces de discernir quins són pedagògics i quins no ho són. En aquesta guia didàctica, reconstruirem l'univers del porno i en reformularem les teories, en repararem els errors, reeducarem els usuaris i usuàries i els guiarem cap a una pornografia feminista, equitativa i oberta. (Extret del document, traduït del castellà)

Disponible a: <http://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD45276.pdf>

Persones grans



“Placeres sin edad: talleres de sexualidad para mujeres mayores”.

Aquest article és una reflexió sobre els tallers de sexualitat per a dones grans. Perquè, entre totes les sexualitats silenciades i que necessiten ser reconegudes, la sexualitat de les dones grans és una de les que necessita una atenció i un afecte especials. Aclarem aquí que “dones grans” és una categoria suficientment àmplia i oberta com per donar cabuda a totes les dones que sentin que hi pertanyen: les decididament velles, les que comencen a dir adeu a la seva joventut, les que ja han deixat enrere els fogots, les que acaben d’entrar en aquesta fase de les seves vides i s’adonen que la seva sexualitat també es veu afectada i que (un cop més) ningú no els n’havia dit res, les que ja no tenen pèls a la llengua perquè han complert prou anys com per dir el que els sembla. (Extret del document, traduït del castellà)

Disponible a: <https://matriz.net/mys41/img/Mujeres-y-Salud-41.pdf#page=21>



80 egunean

L’Axun és una dona de 70 anys que va a l’hospital per cuidar l’exmarit de la seva filla. Tindrà una sorpresa majúscula en adonar-se que la dona que cuida el malalt del costat és la Maite, la seva gran amiga de l’adolescència. Aviat seran conscients que la química entre elles continua intacta. Totes dues es diverteixen i gaudeixen del retrobament fins que l’Axun descobreix que la Maite és lesbiana.



“Flores de Otoño”

“Flores de otoño” és una narració audiovisual en què persones LGTBI d’edat avançada comparteixen les seves històries i els problemes que afronten a la tardor de la vida, de la fotògrafa Hanna Jarzabek. Davant dels estereotips, aquest projecte convida a reflexionar sobre realitats properes i sovint ignorades. Aquest projecte fotogràfic se centra en el testimoni de persones grans LGTBI+ que comparteixen les seves històries i les pors a les quals s’enfronten durant la tardor de la seva vida.

Disponible a: <https://vimeo.com/83958152>



Eran otros tiempos

Eran otros tiempos ens presenta la Teresa, una dona vital de la tercera edat. Ens obre les portes de casa seva perquè coneguem la seva rutina, el seu gat, les seves fotos... I un bell secret. *Eran otros tiempos* està ple de tendresa: és un autèntic retrat documental i aporta tota l'espontaneïtat de què és capaç una àvia que és filmada pel seu net.

Disponible a: <https://cinemagavia.es/eran-otros-tiempos-critica-cortometraje/>



“Personas mayores y sexualidad creativa. El derecho al placer a lo largo de la vida”. Article

Aquest article aborda la sexualitat i l'afectivitat de les persones grans partint de la rellevància de la diversitat i de les experiències subjectives en el transcurs de l'envelliment, i proposa una reflexió sobre les pèrdues i el treball del dol marcats per una visió estereotipada de les pràctiques sexuals centrades en la genitalitat i el coit. També s'apropa als espais de sociabilitat com a llocs propicis per a la comunicació i les mostres d'afecte. (Traduït del castellà)

Disponible a: https://www.tscat.cat/download/rts/RTS_208_cast/Personas_mayores_y_sexualidad_creativa_El_derecho_al_placer_a_lo_largo_de_la_vida.pdf

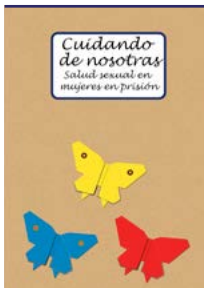
Recursos Creación Positiva



Maletín de las señoritas Crespis

Maleta pedagògica per treballar les sexualitatS des d'un model de promoció de la salut entès com "el procés que permet a les persones incrementar el control sobre la seva salut per millorar-la", a través de la metodologia de tallers grupals participatius.

Disponible a: <https://www.creacionpositiva.org/recurso/maletin-crespis/>



Cuidando de nosotras. Salud sexual en mujeres en prisión

Guia elaborada amb les veus de moltes dones que estan a presó i que, tot i ser diferents entre elles, han posat paraules als seus dubtes, pors, necessitats, desitjos i experiències vitals sobre la sexualitat, les cures i les violències, amb l'objectiu de proporcionar informació i estratègies de cura per poder gaudir de la sexualitat, d'una forma segura i respectada alhora que disminuint els riscos d'ITS.

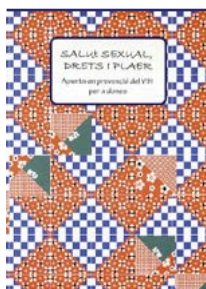
Disponible a: <https://www.creacionpositiva.org/recurso/cuidando-de-nosotras/>



¿Discriminamos? ¿Nos discriminan? Apuntes para vivirnos en diversidad

Material per a treballar l'estigma i la discriminació vinculats al VIH i a la diversitat sexual entre dones privades de llibertat.

Disponible a: <https://www.creacionpositiva.org/recurso/apuntes-para-diversidad/>



Salut sexual, drets i plaer. Apunts en prevenció del VIH per a dones

Aquesta publicació respon a la voluntat de compartir eines que ens puguin ser útils com a dones per viure en un món on existeixen les ITS i el VIH. I, per això, parteix d'una forma determinada de mirar, d'entendre i d'actuar sobre la salut i la salut sexual, els drets i els drets sexuals, les relacions, les sexualitats, les cures..." (Extret del text, traduït del castellà)

Disponible a: <https://www.creacionpositiva.org/recurso/salud-sexual-derechos-y-placer-apuntes-sobre-prevencion-en-mujeres-y-vih/>



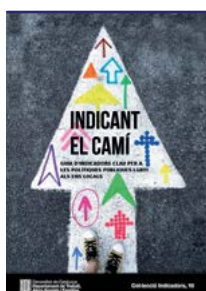
Instrument de monitoratge dels drets sexuals i reproductius

Creación Positiva / L'Associació

Eina de monitoratge i seguiment de les polítiques públiques catalanes en relació amb els drets sexuals i reproductius, que inclou una proposta d'indicadors feministes, per tal que faci una aportació al desplegament de l'Agenda 2030 a Catalunya des d'una perspectiva feminista.

Disponible a: <https://www.creacionpositiva.org/recurso/monitoratge-drets-sexuals/>

Diversitat sexual



Indicant el camí: Guia d'indicadors clau per a les polítiques públiques LGBTI als ens locals

Aquest manual d'indicadors clau per a les polítiques públiques LGBTI als ens locals és una guia bàsica que ofereix l'Àrea per a la Igualtat de Tracte i No-discriminació de Persones LGBTI de la Direcció General d'Igualtat de la Generalitat de Catalunya als ens locals per millorar la coordinació interinstitucional. Pretén oferir-los eines bàsiques per poder transformar les bases estructurals de la discriminació a través de polítiques que corregeixin i eliminin les desigualtats més enllà de la part punitiva.

Disponible a: <https://www.creacionpositiva.org/recurso/guia-indicadors-politiques-lgtbi/>

Campanyes



“Rellegint les violències sexuals” – Campanya contra les violències sexuals

Aquesta campanya està formada per 4 càpsules audiovisuals que identifiquen i visibilitzen les violències sexuals en tots els àmbits, i una cinquena a mode de tràiler que recull i convida al visionament de les altres 4 càpsules de sensibilització.

Amb aquest material hem visibilitzat, d'una banda, diverses situacions que constitueixen violències sexuals i, de l'altra, hem volgut generar un espai de reflexió i de suport a les dones que han patit aquestes violències. Aquestes càpsules, rescatades de diverses trobades amb expertes en la matèria, donen eines essencials per a fer front a aquest flagell.

Disponible a: <https://www.creacionpositiva.org/proyectos-y-programas/releyendo-violencias-sexuales/>



“Desnaturalitzem les violències sexuals” – Campanya contra les violències sexuals

Parlem sobre la dificultat de passar per aquesta sensació que estàs sola, que has sigut tu l'única víctima i que, malauradament, no som víctimes individuals. Som víctimes col·lectives.

Disponible a: <https://www.creacionpositiva.org/proyectos-y-programas/desnaturalitzem-vs/>



Lesbofòbia, un documental i deu respostes

Deu testimonis aporten les seves vivències i visions, i articulen un discurs coral per visibilitzar les violències masclistes cap a les lesbianes, així com per analitzar els problemes de fons i trobar respostes i estratègies per posar fi a la lesbofòbia en intersecció amb altres violències.

Productora: Creación Positiva

Directora: Inés Tarradellas

Disponible a: <https://www.creacionpositiva.org/sensibilizacion-e-incidencia-politica/lesbofobia-documental/>

Recursos SIDA STUDI



D'infondre la por a difondre plaers.

Claus reflexives per a l'educació sexual I

Aquest document ha estat elaborat per l'equip de SIDA STUDI amb la intenció de donar unes pinzellades a les professionals que tenen interès a abordar l'educació sexual amb adolescents i joves en l'àmbit escolar o en altres espais d'educació informal. En aquestes pàgines volem fer pensar i reflexionar sobre la importància d'abordar l'educació sexual a les aules i generar processos de reflexivitat per part de les professionals per promoure els drets sexuals i la transformació social.

Disponible a: <http://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD59545.pdf>



El plaer de trencar la norma.

Claus reflexives per a l'educació sexual II

Document adreçat a professionals de l'àmbit social, cultural i educatiu per ajudar-los a incorporar la perspectiva sobre la diversitat sexual i de gènere als seus projectes didàctics. Volem aportar continguts i reflexions polítiques que permetin repensar la pràctica professional per detectar valors i dinàmiques sexistes i heterocentrades i, al mateix temps, per trobar respostes a les necessitats d'adolescents i joves LGTBI. Proposem un marc conceptual i unes claus metodològiques per promoure intervencions educatives que transmetin una visió positiva i lliure de les diferents identitats i preferències sexuals, que fomenti la capacitat crítica cap al model hegemònic de Sexualitat i la solidaritat cap a la diversitat corporal, sexual i de gènere.

Disponible a: <http://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD59548.pdf>



Cossos il·limitats, plaers infinits.

Claus reflexives per a l'educació sexual III

Conscients que, històricament i avui dia, la societat exclou les persones amb diversitat funcional del món de la sexualitat, des de la nostra entitat volem compartir reflexions i claus pedagògiques que esperem que puguin facilitar una educació sexual per a totes. Les reflexions i les claus pedagògiques que presentem a continuació provenen dels activismes de la diversitat funcional que, en els últims anys, han aconseguit situar la cruïlla entre sexualitat i diversitat funcional en els debats de l'opinió pública, no sols combatent la vulneració sistemàtica dels drets sexuals, sinó generant també importants i valuoses aportacions entorn de les sexualitatS. Inspirant-nos en aquests activismes, en lloc de preguntar-nos què podem fer per la sexualitat de les persones amb diversitat funcional, el nostre punt de partida és què pot aportar-nos la realitat de la diversitat funcional a la reflexió sobre les nostres sexualitatS.

Disponible a: <http://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD67994.pdf>



Plaers que obren mons.

Claus reflexives per a l'educació sexual IV

Material centrat en la relació entre sexualitat i infància, i en l'abordatge de l'educació sexual en aquesta etapa vital. Des de la nostra entitat som conscients que, tradicionalment, partint d'una concepció adultocèntrica, heteronormativa i reproductiva de la sexualitat, els àmbits de sexualitat i infància s'han intentat mantenir separats, i alhora som conscients també que les criatures reben sense parar missatges que modelen de manera restrictiva i desigual les seves sexualitats. Per això, el present text té com a objectiu donar algunes eines per repensar la relació entre sexualitat i infància i per pensar com podria ser una educació sexual feminista, basada en perspectiva de drets, que aprofiti la creativitat i la màgia de la infància per ampliar els imaginaris d'allò que és possible en les nostres maneres de ser i de relacionar-nos.

Disponible a: <http://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD67995.pdf>



Sabotejar el patriarcat, construir justícia eròtica.

Claus reflexives per a l'educació sexual V

Cada vegada més, la societat rebutja qualsevol forma de violència masclista i això es deu, en bona part, al treball dels moviments feministes. Així i tot, encara queden molts camins per recórrer per posar fi a la normalització de les violències. En aquestes pàgines, volem reflexionar sobre un d'aquests camins: promoure una educació sexual feminista que incorpori entre els seus objectius principals la prevenció i l'erradicació de les violències masclistes en l'àmbit sexual i afectiu. L'educació sexual és la base per al ple desenvolupament de la sexualitat de les persones, però també pot ser una eina de transformació social amb la qual podem construir una societat equitativa i lliure de violències.

Disponible a: <http://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD69765.pdf>



Play Party! Hablando del calentón: estrategias de comunicación para sexualidades más placenteras

Què és parlar de sexe? Estem acostumades a fer-ho? És fàcil? Fa vergonya? Talla el rotllo? Vols fer servir protecció i no saps com proposar-ho? Has sentit alguna vegada pressió perquè canviïs d'opinió? Tens ganes de provar una cosa nova, però et posa nerviosa comentar-ho? Avui no en tens ganes... Com li dius a l'altra persona? Com ens assegurem que les persones amb les quals compartim sexualitat estan còmodes? T'has sentit com un objecte? Com comuniquem els nostres empipaments i malestars? Com gestionem les cures de salut sexual en les relacions obertes? Ens fem proves d'ITS?

Si vols consultar el material educatiu que acompanya el vídeo per dinamitzar una sessió d'educació sexual, pots consultar l'enllaç següent: <http://salutsexual.sidastudi.org/ca/registro/a53b7fb3702e36170170395d17880047>

Zona pedagògica:

Selecció de materials educatius per a professionals sobre educació sexual, promoció de la salut sexual i dels drets sexuals. Té una secció específica per a població jove, una altra per a persones amb diversitat funcional i un apartat comú amb continguts classificats per eixos temàtics: igualtat de gènere, diversitat sexual i de gènere, diversitat cultural, infeccions de transmissió sexual, mètodes anticonceptius i anticoncepció d'emergència, *bullying* homofòbic i violències masclistes.

<http://salutsexual.sidastudi.org/ca/zonapedagogicas>

Zona de dinàmiques:

Espai per a professionals que vulguin desenvolupar dinàmiques grupals sobre educació sexual, classificades segons les principals dimensions de les sexualitats.

<http://salutsexual.sidastudi.org/ca/subhome-dinamicas>

Centre de documentació:

Especialitzat en salut sexual, amb més de 18.000 materials, recursos i iniciatives per promoure la salut sexual.

<http://salutsexual.sidastudi.org/ca/catalogo>

El Kit del Plaer:

Blog dirigit a joves amb les preguntes freqüents que solen sorgir en les nostres accions educatives.

<https://kitdelplaer.org/>

Evalúa+:

Eina de suport perquè les entitats i els seus professionals integrin l'avaluació en els seus projectes.

<http://salutsexual.sidastudi.org/ca/zonapedagogica/evalua>

Bibliografia referenciada⁶⁰

- Agència de Salut Pública de Barcelona (2012). *Pla de Salut Comunitària i promoció de la Salut de Barcelona*. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona. <Disponible a: https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2016/07/pla_salut_comunitaria_2012.pdf>
- Ajuntament de Barcelona (2016). *Criteris de qualitat de les intervencions d'educació afectiva i sexual implementades als centres educatius de la ciutat de Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona. <Disponible a <http://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2017/03/Criteris-de-qualitat-intervencions-educacio-afectiva-i-sexual-implementades-als-centres-educatius-Barcelona.pdf>>
- Ajuntament de Barcelona. Àrea de Drets de Ciutadania, Cultura, Participació i Transparència. Direcció d'Acció Comunitària (2018). *Pla municipal d'acció comunitària 2018-2022*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona. <Disponible a: https://ajuntament.barcelona.cat/acciocomunitaria/sites/default/files/documents/plamunicipalac2018-2022_web_1.pdf>
- Anzaldúa, Gloria i Morraga, Cherrie (ed.) (1981). *This bridge called my back: writings by radical women of color*. Watertown: Persephone Press.
- Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (2014). *Mujeres de 16 y 17 años que no han podido comunicar a sus padres la interrupción de su embarazo*. <Disponible a: <https://www.acaive.com/pdf/mujeres-16-y-17-anos-interrupcion-de-su-embarazo-investigacion-17-11-11.pdf>>
- Barbero, Javier (2000). *Manifiesto ideológico Salud y Counselling* [document inèdit].
- Berga i Timoneda, Anna (2010). *Aprendiendo a ser amadas. La maternidad adolescente como una estrategia llena de sentido en contextos de riesgo social*. *Papers*, 95(2), 277-299. <Disponible a: <https://papers.uab.cat/article/view/v95-n2-berga/89>>
- Bonino, Luís (2011). *Salud, varones y masculinidad. A: Voces de hombres por la igualdad*. <Disponible a: https://www.lazoblanco.org/wp-content/uploads/2013/08manual/bibliog/material_masculinidades_0533.pdf>
- Borrillo, Daniel; Seffner, Fernando i Ríos, Roger (2018). *Derechos sexuales y derecho de familia en perspectiva queer*. Porto Alegre: UFCSPA. <Disponible a: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01877798/document>>

60. La bibliografia presentada en aquesta guia segueix la normativa APA (American Psychological Association), però hem volgut destacar intencionadament els noms i cognoms de totes les autores amb l'objectiu de donar visibilitat a les referències amb autoria femenina.

- Butler, Judith (2006). *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*. Barcelona: Paidós. <Disponible a: <https://psicanalisespolitica.files.wordpress.com/2014/10/butler-judith-vida-precaria.pdf>>
- Butler, Judith (2007, orig. 1990). *El genero en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós. <Disponible a: http://www.lauragonzalez.com/TC/EL_genero_en_disputa_Buttler.pdf>
- Burch, Kerry T. (2012). *Democratic transformations: Eight conflicts in the negotiation of American identity*. Londres: Continuum.
- Calvo, Montserrat (2008). *Sexualidad atlética o erotismo*. Barcelona: Icaria.
- Castejón Bolea, Ramón (2004). Las enfermedades venéreas y la regulación de la sexualidad en la España contemporánea. *Asclepio*, 56(2), 223-241. <Disponible a: <http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/download/45/44>>
- Castells, Manuel i Subirats, Marina (2007). *Mujeres y hombres: ¿un amor imposible?* Madrid: Alianza Editorial.
- Center for Reproductive Rights (2008). *Los derechos reproductivos a la vanguardia. Una herramienta para la reforma legal*. Nova York: Centro de Derechos Reproductivos. <Disponible a: https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/pub_br_spanish_gaining_ground_2008.pdf>
- Coll-Planas, Gerard i Missé, Miquel (2009). *Diagnòstic de les realitats de la població LGTB de Barcelona*. Bellaterra: Ajuntament de Barcelona. Drets Civils. <Disponible a: <http://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxiu-documents/Diagn%C3%B2stic%20per%20a%20l%27elaboraci%C3%B3%20del%20Pla%20Municipal%20de%20LGTB%20%282009%29%202.%20Diagn%C3%B2stic%20de%20les%20realitats%20de%20la%20poblaci%C3%B3%20LGTB.pdf>>
- Comitè 1r de Desembre (2017). *Follar és un acte polític*. Barcelona: Comitè 1r de Desembre. <Disponible a: <https://www.comite1desembre.org/index.php/el-comite-1r-de-desembre-llanca-follar-es-un-acte-politic-una-guia-sobre-estrategies-de-reduccio-de-riscos-i-danys-en-la-transmissio-del-vih/>>
- Comitè CEDAW (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer: Adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General en su resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979*. <Disponible a: https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cedaw_SP.pdf>
- Comitè CEDAW (1992). *Recomendaciones generales adoptadas por el Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer. 11.º periodo de sesiones (1992). Recomendación general n.º 19*. <Disponible a: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/INT_CEDAW_GEC_3731_S.pdf>
- Comitè CEDAW (2017). *Informe sombra: seguimiento CEDAW*. <Disponible a: https://cedawsombraesp.files.wordpress.com/2017/08/informeseguimientocedaw_julio2017_esp3.pdf>
- Crenshaw, Kimberle (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *The University of Chicago Legal Forum*, 1, 139-167. <Disponible a: <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf>>

- *Deficiencias e inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España (2016)*. <Disponible a: <https://www.medicosdelmundo.org/file/275/download?token=V9NAISnE>>
- Donoso, Silvia (2002). La familia lésbica. A: Gibert Herd i Bruce Kof. *Gestión familiar de la homosexualidad*, p. 171-210. Barcelona: Edicions Bellaterra. <Disponible a: <https://jlcaravias.files.wordpress.com/2017/11/herdt-gilbert-y-koff-bruce-gestic3b3n-familiar-de-la-homosexualidad.pdf>>
- Elvira Marín, Noemí i Varela Fernández, Belén (2015). *Estimar no fa mal! Viu l'amor lliure de violència. Projecte de formació per a la prevenció d'abusos sexuals entre iguals en adolescents*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Institut Català de les Dones; Associació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears. <Disponible a: http://dones.gencat.cat/web/.content/03_ambits/docs/vm_materialdidactic_abusos_sexuals.pdf>
- Esteban Galarza, Mari Luz (2017). Los cuidados, un concepto central en la teoría feminista: aportaciones, riesgos y diálogos con la antropología. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 22(2), 33-48. <Disponible a: <https://www.raco.cat/index.php/QuadernselCA/article/view/333111/423965>>
- Estrich, Susan (1987). *Real rape*. Cambridge: Harvard University Press.
- Fausto-Sterling, Anne (2006). *Cuerpos sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad*. Santa Cruz de Tenerife: Melusina.
- Fernández Garrido, Sam (Sandra) (2017). *Diagnóstico participativo de las problemáticas que presentan las personas TLGBQI en salud sexual, reproductiva y derecho al ejercicio de la identidad en el municipio de Madrid*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid, Área de Salud, Seguridad y Emergencias. <Disponible a: <http://madridsalud.es/pdfs/TLGBQI.pdf>>
- Frago Valls, Santiago i Sáez Sesma, Silberio (2007). Drogas y sexualidad: repercusiones en la vida erótica. *Sal de Dudas*, 5, 133-152. <Disponible a: www.gazteaukera.euskadi.eus/contenidos/noticia/materiala_sexualitatea/es_material/adjuntos/drogasYsexualidad.pdf>
- García Berrocal, María Luisa; Maragall Vidal, Margarita; Pineda Lorenzo, Montserrat; Solè Solè, Núria, i Vázquez Naveira, María José (2005). *A pelo gritao. Estudio cualitativo sobre vulnerabilidades, violencias y calidad de vida en mujeres seropositivas*. Barcelona: Creación Positiva. <Disponible a: <https://www.creacionpositiva.org/recurso/a-pelo-gritao-estudio-cualitativo-sobre-calidad-de-vida-de-mujeres-con-vih/>>
- García Berrocal, María Luisa i Pineda Lorenzo, Montserrat (2010). *Maletín de las señoritas Crespis*. Barcelona: Creación Positiva. <Disponible a: <https://www.creacionpositiva.org/recurso/maletin-crespis/>>
- García Jordá, Dailys i Díaz Bernal, Zoe (2010). Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. *Revista cubana de salud pública*, 36(4), 330-336. <Disponible a: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000400007>

- García-Santesmases Fernández, Andrea i Pié Balaguer, Asun (2015). De resistencias y violencias, una aproximación teórica a la lucha de las mujeres con diversidad funcional. A: Freixenet Mateo, Maria (coord.). *Gènere i diversitat funcional. Una violència invisible*, p. 45-73. Barcelona: Institut de Ciències Polítiques i Socials. <Disponible a: <https://www.icps.cat/archivos/CiPdigital/cip-g33freixanet.pdf>>
- García-Santesmases Fernández, Andrea; Vergés Bosch, Núria, i Almeda Samaranch, Elisabet (2017a). 'From alliance to trust': constructing Crip-Queer intimacies. *Journal of Gender Studies*, 26(3), 269-281. <Disponible a: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09589236.2016.1273100>>
- García-Santesmases Fernández, Andrea; Vergés Bosch, Núria, i Almeda Samaranch, Elisabet (2017b). *Cuerpos (im)pertinentes. Un análisis queer-crip de las posibilidades de subversión desde la diversidad funcional*. Barcelona: Universitat de Barcelona. <Disponible a: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/402146/AGSF_TESIS.pdf>
- Gardner, Edward M.; McLees, Margaret P.; Steiner, John F.; del Río, Carlos, i Burman, William J. (2011). The spectrum of engagement in HIV care and its relevance to test-and-treat strategies for prevention of HIV infection. *Clinical infectious diseases*, 52(6), 793-800. <Disponible a: <https://academic.oup.com/cid/article/52/6/793/362421>>
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2016). *Protocol de les tècniques de reproducció humana assistida*. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut. <Disponible a: https://canalsalut.gencat.cat/web/content/_A-Z/R/reproduccio_assistida/documents/protocol_rha_def.pdf>
- González Gómez, Lara i Murguialday Martínez, Clara (2004). Evaluar con enfoque de género. *Cuadernos Bakeaz*, 66, 1-15. <Disponible a: <https://docplayer.es/91965835-Lara-gonzalez-gomez-y-clara-murguialday-martinez-evaluar-con-enfoque-de-genero.html>>
- González Guerrero, Soraya i Pajares Sánchez, Lorena (2012). *Guia pràctica sobre drets sexuals i reproductius en la cooperació al desenvolupament*. Madrid: ACSUR - Las Segovias. <Disponible a: https://issuu.com/acsurlassegovias/docs/0032673_gu_a_pr_ctica_sobre_drets_sexuals_catalan>
- Gregori Flor, Núria (2016). *Diagnòstic de les diferents realitats, posicionaments i demandes de la població intersexual / amb DSD (diferències del desenvolupament sexual) a Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona. Àrea de Drets de Ciutadania, Participació i Transparència. Direcció de Feminismes i LGTBI. <Disponible a: https://ajuntament.barcelona.cat/feminismes-lgtbi/sites/default/files/documentacio/p_4.2_diagnostic_interesex_cat_.pdf>
- Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (2013). *Embarazo y salud materna: guía básica para mujeres que viven con VIH*. Barcelona: gTt. <Disponible a: http://www.generoydrogodependencias.org/wp-content/uploads/2013/06/Guia_VIH_mujer_web.pdf>
- Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (2018). *Guía para la reducción de daños asociados al uso de drogas inyectables en las sesiones de sexo*. Barcelona: gTt. <Disponible a: http://gtt-vih.org/files/active/1/Guia_slamming_oct2019_web.pdf>
- Haraway, J. Donna (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid, València: Cátedra, Instituto de la Mujer, Universitat de València.

- Hernández Cordero, Ana Lucía i Gentile, Alessandro (coord.) (2017). *Relatos de madres adolescentes en la España actual. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fundación de Ayuda contra la Drogadicción*. <Disponible a: http://www.adolescencia-yjuventud.org/que-hacemos/monografias-y-estudios/ampliar.php/Id_contenido/126906/tipo/17/>
- *Informe conjunto al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales con motivo del examen del 6.º informe periódico de España (2018)*. <Disponible a: <https://www.medicos-delmundo.org/file/35105/download?token=Zwz54jSy>>
- Instituto Interamericano para el Desarrollo Económico y Social (2002). *Diseño y gerencia de políticas y programas sociales. Washington: INDES*.
- Lagarde y de los Ríos, Marcela (2005). *Para mis socias de la vida*. Madrid: Horas y Horas.
- Llei 14/2006, de 26 de maig, sobre tècniques de reproducció humana assistida (2006). *Boletín Oficial del Estado*, 126, suplement núm. 12, d'1 de juny de 2006. <Disponible a: https://www.boe.es/boe_catalan/dias/2006/06/01/pdfs/A01696-01706.pdf>
- Llei 5/2008, del 24 d'abril, del dret de les dones a erradicar la violència masclista (2008). *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 5123, de 2 de maig de 2008. <Disponible a: <https://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/AppJava/PdfProviderServlet?documentId=491383>>
- Llei 17/2020, del 22 de desembre, de modificació de la Llei 5/2008, del dret de les dones a erradicar la violència masclista (2020). *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 8303, de 24 de desembre de 2028. <Disponible a: <https://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/8133/1794393.pdf>>
- Llei orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de mesures de protecció integral contra la violència de gènere (2004). *Boletín Oficial del Estado*, 313, de 29 de desembre, i suplement en català núm. 1, d'1 de gener de 2005; correccions d'errades BOE núm. 87, de 12 d'abril de 2005, i suplement en català núm. 8, de 16 d'abril de 2005. <Disponible a: https://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?action=fitxa&mode=single&documentId=556001>
- Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs (2010). *Boletín Oficial del Estado*, 55, de 4 de març de 2010. <Disponible a: https://www.boe.es/boe_catalan/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514-C.pdf>
- Llei orgànica 11/2015, de 21 de setembre, per reforçar la protecció de les menors i les dones amb capacitat modificada judicialment en la interrupció voluntària de l'embaràs (2015). *Boletín Oficial del Estado*, 227, suplement en llengua catalana, de 22 de setembre de 2015. <Disponible a: https://www.boe.es/boe_catalan/dias/2015/09/22/pdfs/BOE-A-2015-10141-C.pdf>
- Madrid Gutiérrez, Juan; Hernández Cordero, Ana Lucía; Gentile, Alessandro, i Ceballos Platero, Laura (2019). Embarazos y maternidad adolescente desde una perspectiva cualitativa en ciencias sociales. *Adolescere* 7(1), 39-47. <Disponible a: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol7num1-2019/39-47%20Tema%20de%20Revision%20-%20Embarazos%20y%20maternidad%20adolescente.pdf>>
- Matsuda, Mari J. (1991). Beside my sister, facing the enemy: legal theory out of coalition. *Stanford Law Review*, 43(6), 1183-1192. <Disponible a: <https://www.jstor.org/stable/1229035>>

- Merleau-Ponty, Maurice (1999). *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Altaya. <Disponible a: https://monoskop.org/images/9/9b/Merleau-Ponty_Maurice_Fenomenologia_de_la_percepcion_1993.pdf>
- Mohanty, Chandra Talpade (2008). Bajo los ojos de Occidente: academia feminista y discursos coloniales. A: Suárez Navaz, Liliana i Hernández Castillo, Rosalva Aída (ed.). *Descolonizando el feminismo: teorías y prácticas desde los márgenes*, p. 117-164. Madrid: Cátedra. <Disponible a: <http://www.ram-wan.net/restrepo/poscolonial/13.1.bajo%20los%20ojos%20de%20occidente-mohanty.pdf>>
- Moreno Beltrán, Anna i Varela Fernández, Belén (2009). *Drets sexuals i reproductius: material didàctic adreçat a grups i entitats de dones*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona. <Disponible a: <http://lassociacio.org/wp-content/uploads/2018/02/Drets-Sexuals-i-Reproductius-Material-Did%C3%A0ctic-Dones.pdf>>
- Moser, Caroline (1989). Gender planning in the third world: Meeting practical and strategic gender needs. *World Development*, 17(11), 1799-1825.
- Mujika, Inmaculada (2010). *La maternidad en las mujeres lesbianas*. Bilbao: Aldarte, 2010. <Disponible a: <http://www.aldarte.org/comun/imagenes/documentos/matercast.pdf>>
- Naciones Unidas (1995). *Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo: El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. A/CONF.171/13/Rev.1*. Nova York: Naciones Unidas. <Disponible a: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf>
- Naciones Unidas (1996). *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Declaración política y documentos resultados de Beijing+5*. Nova York: ONU Mujeres. <Disponible a: https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/csw/bpa_s_final_web.pdf>
- Nari, Marcela (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político: Buenos Aires, 1890-1940*. Buenos Aires: Biblos.
- ONUSIDA (2014). *90-90-90: Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida*. Ginebra: ONUSIDA, Programa conjunt de les Nacions Unides sobre el VIH/sida. <Disponible a: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90_es.pdf>
- Ordre SSI/2065/2014, de 31 d'octubre, per la qual es modifiquen els annexos I, II i III del Reial decret 1030/2006, de 15 de setembre, pel qual s'estableix la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut i el procediment per a la seva actualització (2014). *Boletín Oficial del Estado*, 269, de 6 de novembre de 2014. <Disponible a: <https://www.boe.es/eli/es/o/2014/10/31/ssi2065/dof/cat/pdf>>
- Organització Mundial de la Salut (2003). *Influencia de la pobreza en la salud*. Informe de la Secretaría. [Ginebra]: OMS. <Disponible a: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/21081/seb11312.pdf>>
- Organització Mundial de la Salut (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva*. Ginebra: OMS. <Disponible a: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf>

- Organització Mundial de la Salut (2009). *Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. WHA62/R14*. <Disponible a: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf>
- Organització Mundial de la Salut (2010). *Developing sexual health programmes. A framework for action*. Ginebra: OMS. <Disponible a: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/rhr_hrp_10_22/en/>
- Organització Mundial de la Salut (2014). *Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción. Orientaciones y recomendaciones*. Ginebra: OMS. <Disponible a: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/126318/9789243506746_spa.pdf>
- Organització Mundial de la Salut (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. Ginebra: OMS. <Disponible a: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf>
- Organització Mundial de la Salut (2016). *Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH, 2016-2021: Hacia el fin del sida*. Ginebra: OMS. <Disponible a: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250574/1/WHO-HIV-2016.05-spa.pdf>>
- Organització Mundial de la Salut (2017). *Recomendación general num. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general num. 19). Aspectos a considerar en un nuevo marco normativo sobre violencias sexuales. CEDAW/C/GC/35, 1-22*. <Disponible a: <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2017/11405.pdf>>
- Organització Mundial de la Salut (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Argentina, [Ginebra]: OMS. <Disponible a: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>>
- Organització Mundial de la Salut i Organización Panamericana de la Salud (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: violencia sexual. WHO/RHR/12.37*. Washington D. C.: Organización Panamericana de Salud. <Disponible a: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf>
- Organització Mundial de la Salut; Salut i Benestar Social del Canadà i Associació Canadenca de Salut (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986. [San José]: Asociación Costarricense de Salud Pública*. <Disponible a: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>>
- Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud (2000). *Promoción de la salud sexual: recomendaciones para la acción*. [Washington]: OMS. <Disponible a: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51672/ReunionSaludSexual2000_spa.pdf>
- Pardo, Teo (2018). Les identitats trans com a mirall de les normes de gènere. *Eines*, 32, 26-35. <Disponible a: https://irla.cat/wp-content/uploads/2018/10/Eines32_connexions_Pardo.pdf>

- Parker, Richard i Aggleton, Peter (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science and Medicine*, 57(1), 13-25.
- Peláez Narváez, Ana; Leonhardt Gallego, Mercè, i Martínez Ríos, Beatriz (2009). *Maternidad y discapacidad*. Madrid: Cinca. <Disponible a: http://sid.usal.es/docs/F8/FD021028/maternidad_discap.pdf>
- Pichardo Galán, José Ignacio; De Stéfano Barbero, Matías, i Martín-Chiappe, M. Laura (2015). (Des)naturalización y elección: emergencias en la parentalidad y el parentesco de lesbianas, gays, bisexuales y transexuales. *Disparidades. Revista de antropología*, 70(1), 187-203. <Disponible a: <http://dra.revistas.csic.es/index.php/dra/article/view/472>>
- Platero Méndez, Raquel (Lucas) (2004). *Los marcos de política y representación de los problemas públicos de lesbianas y gays en las políticas centrales y autonómicas (1995-2004): las parejas de hecho*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Platero Méndez, Raquel (Lucas) (2014). Metáforas y articulaciones para una pedagogía crítica sobre la interseccionalidad. *Quaderns de psicologia*, 16(1), 55-72. <Disponible a: http://www.feministas.org/IMG/pdf/metaforas_y_pedagogias_sobre_interseccionalidad_platero_quaderns_de_psicologia_2014.pdf>
- Reial decret llei 16/2012, de 20 d'abril, de mesures urgents per garantir la sostenibilitat del Sistema Nacional de Salut i millorar la qualitat i la seguretat de les seves prestacions (2012). *Boletín Oficial del Estado*, 98, suplement en llengua catalana, de 24 d'abril de 2012. <Disponible a: https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/ciudadania/acces_sistema_salut/qui_es_assegurat_del_catsalut/rdl_16/rdll_16_2012_doc_cat.pdf>
- Resolució 1069/2015 del Parlament de Catalunya, de 19 de juny, sobre el sistema públic de salut (2015). *Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya*, 610, de 25 de juny de 2015. <Disponible a: <https://www.parlament.cat/document/bopc/59526.pdf>>
- Restrepo Vélez, Ofelia (2003). Salud comunitaria: ¿concepto, realidad, sueño o utopía? *Avances en Enfermería*, 21(1), 49-61. <Disponible a: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avferm/article/view/37548>>
- Rich, Adrienne (1985). *Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana*. *Nosotras* 3, 4-36. <Disponible a: http://www.caladona.org/grups/uploads/2014/02/rich-a-heterosexualidad-obligatoria-revista_nosotras_n_3_11_1985.pdf>
- Rostagnol, Susana (2016). *Aborto voluntario y relaciones de género: políticas del cuerpo y de la reproducción*. Montevideo: Unidad de Comunicación de la Universidad de la República. <Disponible a: <http://www.clacaidigital.info:8080/handle/123456789/989>>
- Rubin, Gayle (1989). Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. A: *Placer y peligro: explorando la sexualidad femenina*, p. 113-190. Madrid: Revolución. <Disponible a: www.museo-etnografico.com/pdf/puntodefuga/150121gaylerubin.pdf>
- Sanahuja, María Encarna (2002). *Cuerpos sexuados, objetos y prehistoria*. Madrid: Cátedra: Universitat de València. Instituto de la mujer.

- Sanchis Caudet, Rosa Maria (2007). *Materials d'educació sexual*. <Disponible a: http://www.rosasanchis.cat/sexualitat/sanchis_senabre/baubo_07_materials_sexualitat.pdf>
- Sanchis Caudet, Rosa Maria i Senabre Carbonell, Enric (2005). Educar la sexualitat: educar per a la igualtat. *Guixdos*, 111, 3-15. <Disponible a: http://www.rosasanchis.cat/sexualitat/sanchis_senabre/baubo_05_sexualitat_igualtat.pdf>
- Santa Marica, La (2018). Hasta luego, Maricarmen. *Pikara Magazine*. <Disponible a: <https://www.pikaramagazine.com/2018/02/hasta-luego-maricarmen>>
- Sharma, Aditi i Davies, Laura (2016). *An advocacy brief for community-led organisations. Advancing combination HIV prevention, 2016*. [s.l.]: International HIV/AIDS Alliance: UNAIDS. <Disponible a: https://hivpreventioncoalition.unaids.org/wp-content/uploads/2018/01/web_AllianceUnaidComb_prevention_original-1.pdf>
- Solomon, Barbara (1976). *Black Empowerment: social work in oppressed communities*. New York: Columbia University Press.
- Sontag, Susan (1996). *La enfermedad y sus metáforas | El sida y sus metáforas*. Madrid: Tres Cantos, Taurus.
- Stop Sida (2017). Les altres infeccions de transmissió sexual. Barcelona: Stop Sida. <Disponible a: https://stopsida.org/wp-content/uploads/2018/11/its_folleto_2017_cat.pdf>
- Subirats Martori, Marina i Tomé, Amparo (2007). *Balones fuera: Reconstruir los espacios desde la coeducación*. Barcelona: Octaedro.
- Tronto, Joan (2006). Vicious circles of privatized caring. A: Maurice Hamington i Dorothy Miller (eds.). *Socializing care: feminist ethics and public issues*, p. 3-25. Lanham [etc.]: Rowman and Littlefield Publishers.
- Velázquez, Susana (2003). *Violencias cotidianas, violencia de género. Escuchar, comprender, ayudar*. Buenos Aires: Paidós.
- Villegas, Asia (2009). La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14(32), 125-146. <Disponible a: http://190.169.30.98/ojs/index.php/rev_vem/article/download/2107/2004>
- Weeks, Jeffrey (1985). *Sexuality and ITS discontents: meanings, myths & modern sexualities*. London [etc.]: Routledge. <Disponible a: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=2290888>>

Crèdits

Edició:

Ajuntament de Barcelona
Àrea de Drets Socials, Justícia Global,
Feminismes i LGTBI

Coordinació i direcció:

Departament de Salut,
Ajuntament de Barcelona
Agència de Salut Pública
de Barcelona
Pla de barris del Raval Sud i Gòtic Sud
Direcció de Serveis a les Persones
i al Territori de Ciutat Vella

Autoria:

Aquest document és possible gràcies
al treball col·laboratiu de totes les persones
que formen els equips de Creación Positiva
i SIDA STUDI:

Ana Fábregas Martínez,
Creación Positiva

Clara Martínez Hernández,
SIDA STUDI

David Paricio Salas,
SIDA STUDI

M. Luisa García Barrocal,
Creación Positiva

Montse Pineda Lorenzo,
Creación Positiva

Sandra Cundines Antelo,
SIDA STUDI

Teo Juventeny (Teo Pardo),
SIDA STUDI

*Fem arribar el nostre agraïment
a totes les altres persones que formen
part dels equips de Creación Positiva
i SIDA STUDI i que han aportat temps i ànims
per tal que nosaltres poguéssim dedicar-nos
a fer aquesta guia.*

Assessoria / Promoció:

Anna Morancho Retana,
Direcció de Serveis a les Persones i al Territori
de Ciutat Vella, Ajuntament de Barcelona

Elisa Vela Pitarch,
Pla de barris del Raval Sud i el Gòtic Sud,
Ajuntament de Barcelona

Núria Espriu Tercero,
Departament de Salut, Ajuntament
de Barcelona

Olga Juárez Martínez,
Agència de Salut Pública de Barcelona

Pilar Solanes Salse,
Departament de Salut, Ajuntament
de Barcelona

Sílvia Martín Valle,
Agència de Salut Pública de Barcelona

Col·laboració i revisió:

Equip tècnic d'“Impulsem la Interculturalitat”
del Programa BCN Interculturalitat,
Ajuntament de Barcelona

Clara Santamaria Jordana,
Institut Municipal de Persones amb
Discapacitat, Ajuntament de Barcelona

Carles Gil Miquel i Teresa Juanmartí Palacín,
Departament de Promoció de la Infància,
Ajuntament de Barcelona

Antonio Fernández Lozano,
Consell Assessor de la Gent Gran,
Ajuntament de Barcelona

Enrique Cano Gil i Carme Pollina Tarrés,
Departament de Promoció de la Gent Gran,
Ajuntament de Barcelona

Eva Alfama Guillén,
quarta Tinència d'Alcaldia de Drets Socials,
Justícia Global, Feminismes i LGTBI,
Ajuntament de Barcelona

Alícia Aguilera i Roser Latorre,
Departament de Joventut,
Ajuntament de Barcelona

**Agraïment al grup motor
que ha impulsat el disseny
del model de formació a Ciutat Vella:**

Anna Morancho Retana,
Direcció de Serveis a les Persones i al Territori
de Ciutat Vella, Ajuntament de Barcelona

Clara Martínez Hernández,
SIDA STUDI

Cristina Martínez Bueno,
Equips d'Atenció a la Salut Sexual
i Reproductiva - ASSIR

David Paricio Salas,
SIDA STUDI

Elisa Vela Pitarch,
Pla de barris del Raval Sud i el Gòtic Sud,
Ajuntament de Barcelona

Esther Sánchez Ledesma,
Agència de Salut Pública de Barcelona

M. Luisa García Barrocal,
Creación Positiva

Montse Pineda Lorenzo,
Creación Positiva

Núria Calzada Lombana,
Agència de Salut Pública de Barcelona

Núria Espriu Tercero,
Departament de Salut, Ajuntament
de Barcelona

Olga Juárez Martínez,
Agència de Salut Pública de Barcelona

Oriol Adserol Planet,
Direcció de Serveis a les Persones i al Territori
de Ciutat Vella, Ajuntament de Barcelona

Pilar Solanes Salse,
Departament de Salut, Ajuntament de
Barcelona

Sílvia Martín Valle,
Agència de Salut Pública de Barcelona

Yuri Espinoza Pérez,
Departament Salut, Ajuntament
de Barcelona

