

Guía para una formación básica en salud sexual y reproductiva

Derechos sexuales y cuidados:
reflexiones feministas para intervenciones comunitarias

ESSIR

Estratègia de Salut Sexual i Reproductiva de Barcelona



En cualquier explotación de la obra autorizada por la licencia se hará constar la autoría.

Edición:

Ayuntamiento de Barcelona
Área de Derechos Sociales, Justicia Global,
Feminismos y LGTBI

Diciembre 2020

barcelona.cat/salut

Sumario

Introducción	7
1. Bloque 1: La promoción de la salud sexual y reproductiva de las personas desde una perspectiva de derechos	11
1.1. Definir la salud sexual y las sexualidades. ¿De dónde partimos?	13
1.1.1. La promoción de la salud sexual desde el enfoque integral	14
1.1.2. Una mirada holística sobre la salud sexual que tenga en cuenta las dimensiones múltiples e interdependientes que la componen	16
1.1.3. La convicción de que las construcciones sociales hegemónicas en torno a la Sexualidad limitan los derechos y, como tales, pueden cambiarse para facilitar el ejercicio	18
1.2. ¿Qué significa promocionar la salud sexual y reproductiva de las personas desde una perspectiva de derechos?	28
1.2.1. Los derechos sexuales son derechos humanos: universales, inalienables, interdependientes e indivisibles	30
1.2.2. Los derechos sexuales desde una visión integral	32
1.2.3. La promoción de los derechos sexuales: aportaciones feministas desde un enfoque interseccional	33
1.2.3.1. Los efectos de las desigualdades estructurales sobre la salud sexual de las personas	33
1.2.3.2. Los efectos de las violencias machistas sobre la salud sexual	36
1.2.3.3. Los efectos del modelo hegemónico de la Sexualidad sobre la salud sexual	47
1.2.3.4. Las posibilidades reales de cambio: hacia un nuevo modelo de autonomía y empoderamiento	50
1.3. ¿Cómo se puede intervenir desde el ámbito comunitario?	52
1.3.1. La reflexividad de las agentes comunitarias como herramienta básica de intervención	52
1.3.2. La intervención comunitaria desde un enfoque de derechos situado	53
1.3.3. La intervención comunitaria como herramienta para la construcción del derecho a la autonomía	54

2. Bloque 2: Experiencias situadas	61
2.1 La deconstrucción de la Masculinidad hegemónica como promoción de la salud	63
2.1.1. El riesgo como mandato: estereotipos y roles de género masculinizados en el ámbito de la Sexualidad hegemónica	65
2.1.2. Estrategias para cuestionar el modelo hegemónico de masculinidad y promocionar la revisión y el cambio de la identidad masculina	66
2.1.3. Elementos para la prevención de agresiones sexistas a la hora de trabajar con población masculina	67
2.2 Los cuidados desde la perspectiva feminista en la gestión de las sexualidadeS	69
2.2.1 Los cuidados en la vivencia de las sexualidadeS como pieza clave de la promoción de la salud sexual	69
2.2.2 Estrategias para la promoción de cuidados en salud sexual desde una perspectiva interseccional que permita tener en cuenta todos los placeres, todos los cuerpos y todas las prácticas sexuales y sus necesidades	73
2.2.3 La prevención del VIH y otras ITS desde el abordaje integral comunitario	77
2.3 Promoción de la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva interseccional y situada	92
2.3.1 El papel de la gestión reproductiva en el proyecto vital	94
2.3.2 Opciones reproductivas	97
2.3.3 La interrupción voluntaria del embarazo	104
3. Bloque 3: Recursos metodológicos para la promoción de la salud sexual desde un enfoque interseccional y situado	109
3.1 Claves y herramientas para la intervención comunitaria	111
3.1.1 Antes de empezar	113
3.1.2 Detección y diagnóstico de necesidades	119
3.1.3 Diseño de la intervención	128
3.1.4 Despliegue de la intervención	130
3.1.5 Evaluación	132

3.2 ¿Cómo se pueden atender las necesidades específicas de las personas en la promoción de la salud sexual?	138
3.3 Algunas especificidades que hay que tener presentes en la intervención comunitaria	143
3.3.1 Diversidad cultural	144
3.3.2 Diversidad generacional: niñas y niños, adolescentes-jóvenes y personas mayores	154
3.3.3 Diversidad funcional	176
Recursos pedagógicos	185
Bibliografía referenciada	201
Créditos	210

Guía para una formación básica en salud sexual y reproductiva

Derechos sexuales
y cuidados:
reflexiones feministas
para intervenciones
comunitarias

Introducción

Esta guía pretende generar reflexiones, aportar conocimientos y dar herramientas desde el ámbito comunitario para impulsar un modelo de promoción de la salud sexual desde un enfoque de derechos y centrado en el bienestar de las personas. Su intención es facilitar a las agentes comunitarias¹ de salud (personas que participan en la vida de las comunidades y llevan a término acciones, actividades y proyectos de promoción de la salud) el abordaje de cuestiones y situaciones, dentro de su contexto de actuación, en las que la salud sexual tiene una importancia primordial.

Este enfoque sitúa a todas y cada una de las personas como sujetos de derechos y de derechos sexuales y, por lo tanto, de derechos humanos, y constituye la base ética que protege la dignidad de las personas. Así, la salud sexual, el ejercicio de los derechos sexuales y el bienestar subjetivo en relación con las sexualidadeS son tres elementos que confluyen, de manera que, si uno se ve afectado, los otros también se alterarán.

Los derechos sexuales están atravesados por las desigualdades sociales y estructurales, hecho que comporta que los procesos de salud no se desarrollen nunca independientemente de los contextos sociales, que pueden dificultarlos o favorecerlos. Por este motivo, es indispensable analizar los contextos sociales y promover cambios para transformar la estructura y las dinámicas sociales que generan estas desigualdades, limitan el ejercicio de los derechos y obstaculizan el bienestar de las personas en relación con sus sexualidadeS.

Para facilitar este análisis, utilizaremos el término *sexualidadeS* con mayúscula final para poner de relieve la multitud de maneras que las personas tenemos de habitar nuestra sexualidad y de darle un significado. En el sentido contrario, utilizaremos el término *Sexualidad* con mayúscula inicial para referirnos al modelo dominante de sexualidad impuesto por el sistema social (mediante, por ejemplo, normas, creencias, mitos, roles y estereotipos).² Este modelo hegemónico de Sexualidad, que analizaremos en el primero de los bloques de contenidos, se caracteriza por ser un modelo biologista,³ coitocéntrico,⁴

-
1. Utilizaremos el femenino genérico como reclamo de la necesidad de cambiar el uso sexista del lenguaje.
 2. Información ampliada en el punto 1.1.2 de esta guía.
 3. Que reduce las sexualidadeS a una cuestión natural y científica, y obvia el peso de los aspectos sociales.
 4. Que establece el coito como práctica suprema en las relaciones sexuales.

cisheteronormativo,⁵ sexista,⁶ adultocéntrico,⁷ capacitista,⁸ occidental⁹ y patologizador.¹⁰ Al generar desigualdades, discriminaciones y exclusión, este modelo limita y dificulta el ejercicio de los derechos sexuales y condiciona la salud sexual de las personas.

El análisis propuesto, más allá de aportar conceptos teóricos y claves técnicas, pretende generar procesos de reflexividad entre las agentes comunitarias, es decir, problematizar cuestiones de índole práctica y cotidiana en relación con la Sexualidad incorporadas como parte del sentido común. Consideramos indispensable plantear preguntas, generar reflexiones, sacudir ideas, revisar nuestras prácticas y, en definitiva, potenciar cambios en la mirada de las agentes para impulsar un modelo de promoción de la salud sexual políticamente transformador, que sitúe la diversidad de las personas como una cuestión central y el placer, el bienestar, la autonomía, los cuidados y el empoderamiento comunitario como partes consustanciales de la salud sexual.

-
5. Que establece la heterosexualidad y las identidades de género cissexuales (no trans*) como la norma social.
 6. Que naturaliza el deseo de los hombres y penaliza el de las mujeres, que privilegia el placer masculino y cosifica los cuerpos de las mujeres.
 7. Que pone el foco en las edades centrales de la reproducción.
 8. Que no considera los cuerpos con movibilidades diferentes del estándar (por ejemplo, las personas que se desplazan en silla de ruedas) o las desvaloriza.
 9. Que toma los valores de la cultura occidental como universales.
 10. Que establece que la identidad de género es una condición médica.

La estructura de la guía consta de tres bloques donde se abordan los contenidos de manera interrelacionada, desde lo más global y conceptual hasta los aspectos más metodológicos y concretos de la intervención comunitaria. A continuación, presentamos un resumen de los contenidos de los bloques que forman la guía:



Bloque 1. **La promoción de la salud sexual y reproductiva de las personas desde una perspectiva de derechos**

En este bloque se ofrece el marco conceptual y de reflexividad en torno a las sexualidades, los derechos sexuales y la salud sexual, y se explican los enfoques principales que componen el marco teórico del modelo de promoción de la salud sexual propuesto en esta guía: el enfoque integral de la salud, el constructivismo social, la perspectiva de los derechos sexuales y la perspectiva feminista interseccional.



Bloque 2. **Experiencias situadas**

La finalidad de este apartado es facilitar la integración del marco teórico y de reflexividad que se ha propuesto en las estrategias de promoción de la salud sexual. A este efecto, partimos de una reflexión que interrelaciona los cuidados, el corazón de las intervenciones comunitarias, con la salud y las sexualidades, para llegar al abordaje de tres temáticas fundamentales: la prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), la gestión reproductiva y la deconstrucción de la Masculinidad hegemónica.



Bloque 3. **Recursos metodológicos para la promoción de la salud sexual desde un enfoque interseccional y situado**

En este último bloque nos acercaremos a las fases del ciclo de la intervención comunitaria y proporcionaremos reflexiones y clave metodológicas para la promoción de la salud sexual desde una perspectiva feminista interseccional y situada. La intención de este bloque es hacer operativos los enfoques y los contenidos de la guía: trasladarlos a la realidad comunitaria de las agentes y acercar, de una manera práctica, los derechos sexuales a la ciudadanía.





Bloque 1.

La promoción de la salud sexual y reproductiva de las personas desde una perspectiva de derechos

1.1. Definiendo la salud sexual y las sexualidades. ¿De dónde partimos?

- 1.1.1. La promoción de la salud sexual desde el enfoque integral
- 1.1.2. Una mirada holística sobre la salud sexual que tenga en cuenta las dimensiones múltiples e interdependientes que la componen
- 1.1.3. La convicción de que las construcciones sociales hegemónicas en torno a la Sexualidad limitan los derechos y, como tales, pueden cambiarse para facilitar el ejercicio

1.2. ¿Qué significa promocionar la salud sexual y reproductiva de las personas desde una perspectiva de derechos?

- 1.2.1. Los derechos sexuales son derechos humanos: universales, inalienables, interdependientes e indivisibles
- 1.2.2. Los derechos sexuales desde una visión integral
- 1.2.3. La promoción de los derechos sexuales: aportaciones feministas desde un enfoque interseccional
 - 1.2.3.1. Los efectos de las desigualdades estructurales sobre la salud sexual de las personas
 - 1.2.3.2. Los efectos de las violencias machistas sobre la salud sexual
 - 1.2.3.3. Los efectos del modelo hegemónico de la Sexualidad sobre la salud sexual
 - 1.2.3.4. Las posibilidades reales de cambio: hacia un nuevo modelo de autonomía y empoderamiento

1.3. ¿Cómo se puede intervenir desde el ámbito comunitario?

- 1.3.1. La reflexividad de las agentes comunitarias como herramienta básica de intervención
- 1.3.2. La intervención comunitaria desde un enfoque de derechos situado
- 1.3.3. La intervención comunitaria como herramienta para la construcción del derecho a la autonomía

1.1. Definiendo la salud sexual y las sexualidades. ¿De dónde partimos?

Para definir *salud sexual*, puede ser útil dar un paso atrás y comprender el concepto de *salud integral*. Este concepto se basa en una visión holística y nos permite trascender un enfoque más limitado, en el que la salud se asocia a la ausencia de enfermedad, para vincularla al bienestar, a la calidad de vida y a un proceso en movimiento a lo largo del ciclo vital.

Bajo esta concepción, los aspectos siguientes son relevantes para la salud: disfrutar de las cosas que hacemos y que oímos, vivir cuanto más autónomamente mejor, avanzar en las relaciones igualitarias y en la diversidad en las formas de vida, construir relaciones que incluyan compromiso y apoyo mutuo, favorecer que los cuidados ocupen un lugar central y posibilitar que en nuestras vidas haya espacio para vivir todas nuestras experiencias.

Esta conceptualización de la salud permite (y por eso nos gusta) que las sexualidades se integren en nuestras vidas y formen parte de nuestros deseos, de nuestro bienestar y de nuestro placer. De esta manera, podríamos entender la salud sexual como un estado del bienestar (subjetivo) físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, y de autonomía para expresar y manifestar formas diferentes de vivir las sexualidades.¹¹

Finalmente, es importante destacar que, con respecto al enfoque integral, la salud es un proceso complejo, determinado por la interrelación de varios factores biológicos, psicológicos, medioambientales, sociales y políticos (y también de derechos), en los que el género, la clase social, la raza,¹² la procedencia, las capacidades y otros elementos tienen un papel determinante. De esta manera, el enfoque integral permite explorar la complejidad de los procesos de salud, teniendo en cuenta cómo los condicionantes sociales y políticos influyen en las experiencias de salud de las personas.

11. Adaptación de la definición de salud sexual de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “Estado del bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad; no es solo la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere una aproximación positiva y respetuosa a la sexualidad y a las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se alcance y se mantenga tienen que ser respetados, protegidos y satisfechos los derechos sexuales de todas las personas” (OMS, 2006 y 2010).

12. Utilizamos “raza” como categoría analítica. Aunque la raza técnicamente no existe, es importante nombrarla para combatir la ideología del racismo.

1.1.1. La promoción de la salud sexual desde el enfoque integral

La salud sexual se puede considerar un recurso para la vida cotidiana. Es un concepto positivo que pone el énfasis en los recursos sociales y personales. Para alcanzar el bienestar físico, mental y social, en relación con nuestras sexualidades, las personas tendríamos que poder identificar y cumplir nuestras aspiraciones y deseos. En este sentido, la promoción de la salud sexual es el proceso que nos permite incrementar nuestras capacidades de decisión sobre la salud sexual y mejorarla. Constituye un proceso político y social global que abarca no solo las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con la finalidad de mitigar su impacto en la salud pública e individual (OMS, 2010).

La promoción de la salud trabaja en el establecimiento de prioridades, la toma de decisiones, la planificación y la implantación de estrategias para conseguir una mejor salud sexual de las personas. En el corazón de este proceso está el empoderamiento individual y colectivo de las personas que forman las comunidades. La promoción de la salud sexual, por lo tanto, no es solo responsabilidad de las políticas públicas, sino que implica a toda la comunidad y la invita a llevar a cabo procesos colectivos de apropiación de sus derechos sexuales.

Como proceso político y social, la promoción de la salud sexual se basa implícitamente en varios valores éticos (Agencia de Salud Pública de Barcelona, 2012, p. 5):

- Es una definición de la salud holística.
- Fomenta la equidad y la justicia social.
- Abarca toda la gama de determinantes de la salud.
- Reconoce la influencia de los entornos sobre la salud.
- Faculta a las personas y fortalece la capacidad individual y colectiva.
- Tiene por objeto mejorar la participación social de las personas.
- Implica la colaboración intersectorial.

Además, añadimos estos otros, relacionados específicamente con la salud sexual:

- Empodera a las personas y fortalece la capacidad individual y colectiva de cuidar de la salud sexual.
- Se encamina a incrementar el bienestar de las personas en relación con las sexualidades.
- Sitúa la diversidad en el centro y la visualiza como valor positivo para toda la ciudadanía.

La promoción de la salud sexual desde el enfoque integral aporta los elementos siguientes:¹³

- Sitúa a todas y cada una de las personas como sujetos de derechos y de derechos sexuales.
- Celebra y visibiliza todas las identidades, las situaciones y las maneras de expresar y vivir la sexualidad y las relaciones afectivas.
- Sitúa las diversidades (diversidad sexual, diversidad generacional, diversidad funcional¹⁴ o diversidad cultural, entre otras) como eje central del marco lógico de la promoción de la salud sexual.
- Promueve la autonomía, el empoderamiento y la capacidad de decidir (sea cual sea la elección) en todo lo que está relacionado con cuidar de la salud sexual.
- Pone de relieve cómo los mandatos de género afectan a la manera de vivir nuestra sexualidad y las decisiones que tomamos sobre la salud sexual.
- Hace de la ética un elemento vertebrador para el abordaje de la salud sexual desde una perspectiva de derechos.
- Tiene en cuenta a la persona en constante transformación y en continua interacción con su entorno.
- Tiene en cuenta que los procesos de salud no tienen lugar independientemente de los contextos sociales, que pueden hacer aumentar las desigualdades en temas de salud.
- Aborda las desigualdades estructurales, como el sexismo, el racismo, el clasismo, el capacitismo o el binarismo heteronormativo, entre otros, que dificultan el ejercicio de los derechos sexuales.

13. Estos elementos se basan en el modelo propuesto por el Comité 1r de Desembre (2017) en el material *Follar es un acto político*.

14. Hablamos de *diversidad funcional* en vez de los términos *discapacidad* o *minusvalía* para sacar la carga negativa y romper la lógica jerárquica entre las personas.

1.1.2. Una mirada holística sobre la salud sexual que tenga en cuenta las dimensiones múltiples e interdependientes que la componen

La mirada holística sobre las sexualidadeS forma parte de los valores éticos, señalados anteriormente, que hay que tener presentes en la promoción de la salud sexual. ¿Pero qué entendemos por *sexualidadeS*?

[...] “Cuando hablamos de *sexualidad*, todas y todos sabemos a qué nos referimos, pero nos cuesta definirla. Inevitablemente, empezamos a pensar en relaciones sexuales, genitalidad, sexo, y por lo tanto acostumbramos a dejar de lado las emociones, los deseos. Y es que en nuestro imaginario, todavía hoy, el concepto de sexualidad está muy ligado a determinados parámetros”. (Sanchis, 2007)

Por eso es fundamental, en primera instancia, diferenciar entre *sexo* y *sexualidadeS*: “Si bien la palabra *sexo* se suele utilizar para referirse a la actividad sexual, *sexo* únicamente hace referencia a aquellas características biológicas que definen y clasifican a las personas como mujer u hombre” (Elvira y Varela, 2015, p.13).

Hay que hacer esta distinción para entender que las sexualidadeS desde una mirada holística engloban un amplio abanico de conceptos:

[...] “el *sexo*, la identidad de género y los roles, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Las sexualidadeS constituyen un aspecto central de la vida de las personas, se viven y se expresan en forma de pensamientos, fantasías, sensaciones, emociones, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones”. (OMS, 2006; traducido del inglés)¹⁵

Rosa Sanchis y Enric Senabre (2005) destacan algunas ideas clave sobre las sexualidadeS que ayudan a contemplarlas de una manera holística:

- **Afectan a todo el cuerpo y todos los cuerpos** e, incluso, para muchas personas, va más allá del cuerpo, ya que implica la silla de ruedas, la prótesis, el juguete, etcétera. Debemos tener presentes otras movilidades y maneras de oír el cuerpo.
- **Son una realidad en todas las edades de la vida.** En cada etapa se viven y se expresan de una manera diferente. Las niñas y los niños y las personas mayores también tienen sexualidad y tienen derecho a vivir y expresar sus sexualidadeS.
- Es un espacio privilegiado de maduración personal y de búsqueda de la propia identidad, y **es esencial en nuestro desarrollo como personas y sociedades.**

15. Para más información sobre la evolución de las nociones de sexualidad y salud sexual de la OMS, puedes consultar el documento *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo* (OMS, 2018) <Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>>

- **Las sexualidadeS se pueden vivir de infinitas maneras**, todo depende de los gustos y las preferencias de cada persona. Además, la manera de vivirlas también puede ser diferente a lo largo de nuestra biografía.
- **Hay varias formas de experimentarla**: a solas o en compañía; se puede hacer a través de besos, caricias, miradas, a través de la lectura, de la música, a través del propio cuerpo, mediante los sentidos (tacto, oído, gusto, olfato y vista) o con la imaginación (Moreno y Varela, 2009, p. 14).

Ante la homogeneización de los cuerpos y de la vivencia de la Sexualidad, nos situamos abiertas no solo a la diversidad sexual y de género, sino también a la diversidad de cuerpos, de capacidades y, en definitiva, de deseos y formas de expresarlos. Para apostar por una visión en positivo de las sexualidadeS que celebre la multiplicidad de maneras de vivirlas, nos situamos en la esfera de las sexualidadeS.

¿Por qué hablamos de sexualidadeS en lugar de Sexualidad?

- Para distinguir y visibilizar las infinitas posibilidades que las personas debemos vivir nuestras sexualidadeS, al margen de la influencia del modelo hegemónico de Sexualidad sobre nosotras.
- Para destacar que las vivencias de cada persona son únicas y subjetivas y que nuestras sexualidadeS tendrían que responder únicamente a las inquietudes y deseos propios, y no a lo que “debemos ser”.
- Porque las sexualidadeS no tienen que adoptar ninguna forma concreta; ¡son tan particulares e individuales como dar un beso, y cuando hay tanta variedad infinita no hay ninguna norma, todo son “desviaciones” diversas!
- Porque la Sexualidad hegemónica es violenta y desigual y, cuando hablamos de sexualidadeS, apostamos por relaciones igualitarias donde poder expresarnos libremente.
- Porque creemos que, visibilizando y reconociendo todas las prácticas y maneras de vivir las sexualidadeS, podemos ampliar horizontes y pasar del campo limitado de la norma restrictiva al campo ilimitado de las posibilidades que nos da la expresión de poder ser.
- Porque lo único que tendría que limitar nuestras sexualidadeS es la voluntariedad, nuestros límites personales y los pactos de negociación de los juegos con otras personas basados en el respeto y en el consenso.
- Porque, mientras que el modelo hegemónico de Sexualidad coloca en el armario, estigmatiza y excluye, la propuesta de sexualidadeS legitima el derecho de todas a disfrutar del placer e invita al ejercicio de los derechos sexuales.

Ante la simplificación de las sexualidades como procesos biológicos, es decir, como procesos naturales y mecánicos, tratamos de abordar la complejidad de todo lo vivencial. Recogiendo la idea de Frago y Sáez (2007), en cualquier encuentro erótico entre las personas se dan cita no sólo labios, genitales, manos, sino que, además, se mezclan sexualidades con todo lo que eso comporta (cuerpos, creencias, normas, preferencias, afectos, emociones, etcétera). En definitiva, se encuentran biografías, subjetividades, historias, vivencias, intimidad... Y, en el ámbito de lo íntimo, no es tan fundamental lo que hacemos, sino cómo lo vivimos: “qué significados le otorgamos y qué valores, sentimientos, emociones y prácticas ponemos en juego” (Frago y Sáez, 2007, p. 133).

Esta esfera que concibe las sexualidades como procesos, como vivencias, es el espacio donde esta guía quiere generar reflexiones por parte de las agentes comunitarias. Admitir la diversidad y la pluralidad de las maneras de vivir las sexualidades es poner en cuestión creencias y teorías categorizantes y universalistas; es discutir “verdades únicas” (incluso, las teorías mejor consideradas dentro de la medicina); es incorporar en las actividades de promoción de la salud sexual los significados que las personas damos a nuestras interacciones, a nuestros deseos, a nuestros aciertos y también a nuestros errores en relación con las decisiones que vamos tomando sobre nuestras sexualidades.

1.1.3. La convicción de que las construcciones sociales hegemónicas en torno a la Sexualidad limitan los derechos y, como tales, pueden cambiarse para facilitar su ejercicio

Las sexualidades cambian a lo largo de la historia de la humanidad, igual que la historia biográfica de cada individuo. Cada sociedad, cada cultura establece “con quién” y “cómo” mantenemos nuestras relaciones sexuales, es decir, construye unos significados y unas normas en relación con la Sexualidad. Es por estos motivos que decimos que la Sexualidad es una construcción social, que cambia dependiendo de cada momento histórico y de cada contexto cultural. Este hecho es el que nos da la posibilidad de transformarla hacia lugares y espacios más respetuosos con todas las personas.

La Sexualidad, por lo tanto, no es el resultado de procesos naturales o biológicos de las personas sino **el resultado de las construcciones sociales** que hay a su alrededor (ideas, creencias y mitos) que van llenando de normas y formas nuestros deseos. Estas construcciones sociales provienen de la estructura social y se alinean.

[...] “La sexualidad es un fenómeno contemporáneo complejo, sociocultural e históricamente producido por la interacción de muchas tradiciones y prácticas sociales, religiosas, morales, económicas, familiares, jurídicas y médicas”. (Weeks, 1985, p. 6; traducido del inglés)

[...] “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 Sexualidad sea una construcción social no se contradice con la idea de que, al mismo tiempo, sea una experiencia subjetiva: la vivencia de la sexualidad en cada persona es única, personal y no tendría que depender “de lo que tiene que ser”; es decir, del modelo de Sexualidad hegemónico. Sin embargo, desde nuestra infancia vamos interiorizando, mediante los procesos de socialización, las “prescripciones” sociales en relación con la Sexualidad: no te masturbes en público, no muestres tu cuerpo, no juegues a este juego... Cuando somos niñas y niños, queremos saber y preguntamos sobre Sexualidad a los familiares, que salen adelante como pueden, y un día dejamos de preguntar porque hemos aprendido que, de ciertas cosas, no se habla. De esta manera se va configurando la educación sexual en la infancia, sobre todo de manera informal, pero fuertemente influenciada por los contextos sociales. Nuestro imaginario llenará los huecos de los tabúes e incorporará el imaginario social de la Sexualidad representada en el cine, en la publicidad, en el porno y también en las conversaciones del patio de la escuela, de la sobremesa, de los espacios de ocio, etcétera.

Estos procesos de socialización tienen lugar durante toda nuestra vida y así se va produciendo la (re)transmisión y (re)producción de un modelo determinado de Sexualidad: el dominante, el hegemónico, el deseable (socialmente), el “normal”, lo que marca la norma. Precisamente para referirnos al modelo hegemónico escribimos *Sexualidad* con mayúscula. La Sexualidad hegemónica es la que nos dice cómo nos tenemos que comportar o no, y cómo tenemos que sentir y pensar nuestras sexualidadeS, por ejemplo, por el hecho de ser mujeres u hombres, de tener una edad determinada, unas capacidades funcionales diferentes de las estándares, etcétera. También nos dice qué cuerpos son válidos y cuáles no; nos presenta unas prácticas como normales y otras como desviadas; nos designa cómo debemos construir nuestros vínculos afectivos y determina la expresión de nuestras emociones y deseos, y nos dice cómo debemos cuidarnos, por ejemplo, ante la posibilidad de infectarnos por una ITS.

A continuación, presentamos un cuadro con algunas de las características e implicaciones del modelo hegemónico de Sexualidad.

Algunos elementos que caracterizan el modelo hegemónico de Sexualidad:

- Es **biologicista** en la medida en que se apuntala en la pretendida “naturalidad” de la Sexualidad con el objetivo de reproducir la especie humana.
- Es **genitalista y coitocentrista**, porque la penetración es considerada la práctica más placentera y el resto de las prácticas son considerados inferiores o, como mucho, complementarias a la penetración.

- Se fundamenta en la **heteronorma** y continúa **confundiendo las sexualidades con la reproducción**; de aquí que estigmatice la masturbación, la homosexualidad o las prácticas sexuales, juegos y deseos que no tienen como objetivo la procreación.
- Reproduce el **binarismo sexual y de género**: no tiene en cuenta a las personas intersexo ni a las personas trans*¹⁶ como sujetos de deseo. Es **patologizador**, ya que establece que la identidad de género y la preferencia sexual son condiciones médicas.
- Es **sexista**: naturaliza el deseo de los hombres y penaliza el de las mujeres, privilegia el placer masculino y objectaliza los cuerpos de las mujeres.
- Está muy condicionado por las etapas del ciclo vital y enfocado a las edades centrales de la reproducción, especialmente para las mujeres, porque determina que las criaturas y las personas mayores no están sexuadas: es **adultocéntrico y edatista**.
- Al tener en cuenta solo unos cuerpos determinados (los que se adecuan al canon de belleza) como deseables y sujetos de deseo, genera **gordofobia**.
- Al no considerar los cuerpos con maneras de funcionar diferentes del estándar (por ejemplo, las personas que se desplazan en silla de ruedas), o al considerarlas desde la desvalorización, el modelo hegemónico es **capacitista**.
- Toma los valores de la cultura occidental como universales y **genera estereotipos racistas**, por ejemplo: hipersexualización, erotización, estigmatización y tratamiento estereotipado de las mujeres racializadas, etcétera.
- Todos estos elementos generan exclusión o rechazo hacia las personas que no encajan en el modelo hegemónico (LGTBI-fobia,¹⁷ plumofobia,¹⁸ butchfobia,¹⁹ etcétera).
- **Los referentes mayoritarios acostumbra a ser personas cis** (personas que se sienten cómodas con el género que les fue asignado al nacer. Las personas cis* serían todas las personas que no son trans* y que son **occidentales, blancas, con poder adquisitivo y con cuerpos adaptados a los cánones de belleza y a los estándares funcionales**. Estos referentes no reflejan ni de lejos la realidad diversa de las personas ni la heterogeneidad social, sin embargo, aun así, actúan como referentes sociales normativos.

16. Dentro del cajón “trans*”, caben muchas identidades y vivencias diferentes, como personas transexuales, transgénero, travestis o *cross-dressers*, *drag kings*, *drag queens*, personas no binarias o de género fluido, entre otros. Por este motivo, utilizamos trans* con el asterisco.

17. Violencias que reciben las personas LGBTI+ por el hecho de serlo, es decir, para no cumplir las normas impuestas por el sistema sexo-género-sexualidad explicado en este mismo apartado de la guía.

18. Violencias que reciben los gais por el hecho de tener pluma, es decir, tener una expresión de género que no concuerda con la masculinidad normativa.

19. Violencias que reciben las lesbianas masculinas por el hecho de no encajar en la feminidad normativa.

En la influencia que lo social tiene sobre nuestras sexualidades, el género tiene un papel clave, porque nos delimita el camino por el que tendría que transcurrir nuestra sexualidad. Aunque se comparten elementos comunes, si analizamos a grandes rasgos los discursos sociales en torno a la Sexualidad, encontramos una serie de mitos y falsas creencias relacionadas con el género, que hoy día siguen configurando las vivencias de los hombres y las mujeres en el ámbito sexual en un marco muy desigual.

Uno de los mitos que está muy arraigado tiene que ver con la naturalización del deseo masculino (casi sustentada desde la vertiente biológica), que se entiende como una necesidad fisiológica clara e indiscutible, como un impulso que muchas veces se considera irrefrenable e incontrolable (“los chicos siempre van calientes, es natural que siempre tengan ganas”, “tienen que descargar”, etcétera). Este mito configurará el mandato de género asociado a la masculinidad desde el permiso y la potencia. La doble negación “no soy una mujer” y “no soy homosexual” tiene un peso determinante en la articulación de la masculinidad. Eso invita a la misoginia y la homofobia a formar parte del grupo de amigos que, en forma de insultos (“nenaza”, “marica”, etcétera), mantendrán a raya las desviaciones del modelo hegemónico. Mostrar seguridad, llevar la iniciativa, fanfarronear, echar “piropos” a las chicas, etcétera, serán consideradas muestras de masculinidad en relación con la Sexualidad.

En contrapartida, el peligro y el riesgo definirán (mucho más que el placer) la relación de los mandatos de la femineidad con la Sexualidad. Los discursos que las mujeres reciben desde pequeñas las educan para poner límites a la Sexualidad supuestamente irrefrenable de los chicos y hombres (“ve con cuidado, porque ellos solo piensan en una cosa”) y alertan constantemente del peligro a sufrir una agresión (“no vuelvas sola a casa”, “que nadie se aproveche de ti”, etcétera). Además, las muestras del deseo femenino serán leídas como inadecuadas (excesivas) y serán penalizadas mediante estereotipos (“guarra”, “calientabraguetas”), y el amor romántico se presentará como el único salvavidas (“búscate al chico adecuado”).

¿Podemos hablar de una vivencia de la sexualidad igualitaria en el marco de los discursos asociados al modelo hegemónico de Sexualidad? Estos discursos, conjuntamente con las formas con las que nombramos y articulamos la realidad, generan una cosmovisión, una normatividad determinada en relación con la Sexualidad que se traduce en roles de género, en comportamientos y actitudes machistas que continúan muy presentes en la vivencia de la Sexualidad. Aunque se parte del presupuesto de igualdad entre hombres y mujeres, cuando profundizamos en las dimensiones que regulan las relaciones sociales (y en los aspectos más concretos de estas relaciones), encontramos la gran losa de los estereotipos asociados al género, todavía muy presentes en nuestras vidas y que abonan el terreno de las desigualdades y generan violencias machistas.

Así pues, hay que hacer un análisis profundo sobre el sistema sexo-género que sustenta el modelo hegemónico de Sexualidad y que explica la articulación de creencias, actitudes, roles sociales y relaciones de poder que se basan en la asignación del sexo hombre o mujer. Este análisis crítico ha sido generado como concepto teórico y como herramienta de análisis por los feminismos a partir de la década de 1970, y la primera en empezar a elaborarlo teóricamente fue Gayle Rubin (1989). Esta teoría, que es una teoría feminista,

nos sirve como manera de mirar el mundo y analizar el porqué de las relaciones de poder que tienen lugar en este, desde el punto de vista de género y Sexualidad.

En su forma más completa, y de manera divulgativa, este modelo teórico se puede explicar a partir de la siguiente tabla:²⁰

Tabla. Sistema sexo–género–sexualidad

	Sexo	Género	Opción / preferencia sexual	Identidad
Normalidad	Hombre / mujer	Masculino / femenino	Heterosexual	Cis
Alteridad	Intersex	Expresiones de género diversas	Lesbiana, gai, bisexual, pansexual, asexual, +	Trans*

La fila superior nos indica las categorías que forman parte del sistema, que están diferenciadas entre sí, pero que el conjunto de creencias sociales configura como “normales” y dan lugar a lo que llamamos *normalidad*.

La fila inferior tiene en cuenta las categorías construidas desde la alteridad e incluye las identidades, los cuerpos y las expresiones de sexualidades sobre las cuales históricamente ha recaído una conceptualización como desviaciones de la norma.

En este sistema:

- **El sexo** haría referencia a características anatómicas y fisiológicas que determinan que una persona sea definida como hombre o como mujer al nacer. De hecho, el único elemento al que se presta atención para generar esta denominación son los genitales y, a partir de estos, se infiere cuál es la carga cromosómica y cuál será el desarrollo futuro de los caracteres sexuales y del sistema endocrino. Sin embargo, tal como explican activistas intersexo, esta correspondencia entre cromosomas-gónadas-hormonas-genitales externos no siempre es lineal ni siempre es binaria, cosa que reafirma y

20. Adaptación del artículo de Teo Pardo (2018).

ejemplariza que el propio concepto de sexo, a pesar de las reminiscencias científicas, también es una construcción social.²¹

- **El género** sería el conjunto de normas y modelos diferenciados y desiguales que se asocian al sexo asignado y que presuponen un desarrollo personal y emocional, así como unos roles sociales determinados en función de si somos hombres o mujeres. El género afecta a cómo nos movemos, cómo nos relacionamos socialmente y la percepción que tenemos de nosotras mismas.

En el contexto de las teorías y los movimientos feministas contemporáneos, algunas teóricas como Judith Butler y Beto Preciado explican el género como una ficción política que incorporamos (en el sentido de *corporificar*) a base de repeticiones y que nos acaba modelando no solo el comportamiento sino también el cuerpo mismo. El género, entonces, no es una verdad incuestionable e interna. Es más bien un fenómeno que se produce y reproduce constantemente. En la década de los noventa, Butler (2007)²² propone la teoría de la performatividad de género para cuestionar la aparente naturalidad del sistema binario sexo/género. Decir que el género es performativo implica que nadie tiene un género dado desde el inicio, sino que se produce durante una constante repetición cotidiana de las normas de género que nos dicen cómo ser o no ser hombres, o cómo ser o no ser mujeres.

La intencionalidad política de diferenciar sexo de género es desnaturalizar los roles y los comportamientos sociales. Si el género es algo que aprendemos, también lo podemos desaprender, o reaprender, para abrir la posibilidad de transformar las relaciones de desigualdad en relaciones igualitarias.

Así, el **género** es un conjunto de normas y modelos asignados a cada sexo que se impone a las personas mediante la llamada *socialización diferencial*. Es una construcción social y cultural que genera los modelos de feminidad y masculinidad, que varían de una época a otra y de una sociedad a otra. La diferenciación sexual binaria (hombre-mujer) “naturaliza” los estereotipos y los roles de género, tal como veremos a continuación:

- **Los estereotipos de género** hacen referencia a las características que se adjudican a hombres y mujeres y nos indican cómo tendrían que ser y comportarse las personas en función de la diferencia sexual. Hacen referencia a las creencias sobre las características que son deseables y que se esperan de cada sexo. Por lo tanto, los estereotipos actúan como mecanismos de control: determinan lo que es normal, aceptable, y lo que se desvía de la norma. Se basan en una formulación dicotómica y aparentemente complementaria. Configuran los modelos de masculinidad y feminidad buscando aspectos opuestos, generando un falso equilibrio de supuesta complementariedad basado en la necesidad de un rol masculino y uno femenino.

21. Para más información, puedes consultar el canal del activista intersexo Pidgeon, disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=W9q7ic533Vk&t=88s>

22. En sus estudios incluye desde trabajos de Simone de Beauvoir, Witting y Rubin, hasta las teorías críticas de Michel Foucault, Lacan y Derrida, pasando por varias filósofas y feministas.

- **Los roles de género** serían “patrones sociales contruidos para que hombres y mujeres se adecuen a determinados comportamientos renunciando a otros, y en tanto que existe una coerción fuerte para conseguir que así sea, queda claro que limitan las posibilidades de los seres humanos, y las limitan de manera que, en general, ni siquiera somos conscientes de ello, ya que actúan desde la infancia, desde el momento de nacer, de manera que facilitan o inhiben el desarrollo de las capacidades y los deseos de cada individuo” (Subirats Martori, Marina y Tomé, Amparo (2007) *Balones fuera. Reconstruir los espacios desde la coeducación*. Pág. 33)

“La superación de los estereotipos de género implica hacer visibles a mujeres y hombres que en el pasado (y actualmente) han vivido sus vidas rechazando y cuestionando unos mandatos sociales que coartan sus libertades y que han generado nuevos modelos alternativos, independientes y diversos” (Elvira y Varela, 2015, p. 47)

- **La preferencia-opción sexual** haría referencia al género o los géneros de las personas a quienes se dirige nuestro deseo y atracción física y emocional. En vez de utilizar el concepto “orientación sexual”, proponemos los conceptos “preferencia” u “opción” para destacar que la atracción y el deseo son construcciones sociopolíticas, mutables y relacionales, y la importancia de entender estos conceptos como procesos que pueden ser dinámicos y no como categorías fijas.
- Finalmente, **la identidad de género** tiene que ver con la identificación subjetiva de cada persona con uno de los dos géneros mayoritarios, con ninguno o con algún otro. Las identidades *cissexual* y *cisgénero* describen a las personas que se sienten cómodas –o relativamente cómodas– con el género que les fue asignado al nacer. Las personas cis* serían todas las personas que no son trans*. Como 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 lo 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”.

Una vez expuestas las categorías que estructuran el modelo, hay que observar cómo opera la normatividad. El conjunto de creencias que sostiene el sistema sexo-género-Sexualidad, nos dice que la especie humana tiene dos y solo dos sexos posibles, hombre y mujer, y que tienen características biológicas diferenciadas. Relacionado con eso, y de manera “natural” (sin tener presentes variaciones sociohistóricas),²³ a los hombres se les atribuye el género masculino y a las mujeres, el femenino.

23. Se puede encontrar una crítica a la naturalización del género y de la división sexual del trabajo en Sanahuja (2002).

Así, con respecto a la organización social, y en correlación con sus características diferenciadas, a los hombres se les asignan las funciones productivas –valoradas socialmente y, por lo tanto, remuneradas–, mientras que a las mujeres les corresponden las reproductivas –menos valoradas socialmente y, por lo tanto, no remuneradas o mal remuneradas–. De esta manera, como la masculinidad y la feminidad se establecen como complementarias, la relación heterosexual se vuelve “natural”. Además, todas las personas se identificarán con el sexo asignado al nacer, de manera inequívoca y estable a lo largo de toda la vida. Es decir, dentro de esta lógica, lo “normal” es ser cissexual.

Tal como hemos expuesto, hay muchas personas que no encajamos en esta lógica: las personas intersexo (personas con cuerpos que no son fácilmente identificables como hombres o como mujeres); las personas con expresiones de género no normativas (por ejemplo, niños con “pluma”, mujeres masculinas, hombres que renuncian a su carrera profesional para criar a sus hijas, y todas las personas que, de forma manifiesta, no cumplimos con los estereotipos de género); personas que no nos identificamos como heterosexuales (lesbianas, bisexuales, asexuales, gais, etcétera), y, finalmente, las personas trans*.

En este punto, podemos realizar dos lecturas para explicar qué pasa con todas las personas de que no encajamos en esta lógica: o bien estas personas estamos mal, o bien el sistema está mal. Algunos estamentos sociales como el médico, el educativo, el económico, el legislativo o el judicial han abrazado (y abrazan) la primera opción. Está la mirada médica, por ejemplo, mediante la patologización de los cuerpos y las identidades de todas las personas que no se sitúan en la casilla de lo que es “normal”. De esta manera, se contribuye a sostener este sistema social que no solo excluye a las personas que no encajan, sino que es desigual y limita las posibilidades de vida y de relación de todo el mundo. La mirada de la diversidad, en cambio, entiende que la variabilidad humana es infinita, tanto en el ámbito corporal como en el ámbito social y relacional, y que lo que falla es este sistema. Esta perspectiva, por lo tanto, no solo ofrece un espacio de posibilidad a la gente que no encaja, sino que pone en cuestión el patriarcado y la heterosexualidad obligatoria,²⁴ es decir, abre espacios de libertad para todo el mundo.

En relación con estos planteamientos, a menudo se pone sobre la mesa la cuestión: “¿Por qué tantas etiquetas, si al final todas somos personas”? Y es cierto que todas somos personas, pero no todas recibimos las mismas violencias. Esta teoría, que es una teoría feminista, como decíamos, nos sirve como modo de mirar el mundo y analizar el porqué de las relaciones de poder que se dan en el ámbito de género y sexualidad. En otras palabras, nos permite explicar algunas violencias. Para ello, entendemos que el mandato binario de ser hombres masculinos o mujeres femeninas cisheterosexuales no marca una línea de normalidad/anormalidad, sino que es una norma corporal, genérica y sexual. Y, como cualquier norma, transgredirla implica un castigo social. Con eso no queremos decir que

24. En la década de los ochenta, Adrienne Rich (1985) acuñó el término *heterosexualidad obligatoria* para argumentar que la heterosexualidad, más allá de ser una preferencia-opción sexual, es una institución política que necesita ser reexaminada a fin de que las mujeres se liberen del patriarcado. La heterosexualidad institucionalizada y normativa regula a las personas que se mantienen dentro de sus límites y margina y sanciona las que están fuera de esos límites.

las personas que se identifican como heterosexuales, por ejemplo, estén constantemente reproduciendo la norma, ni que las personas que se identifican como trans* vivan siempre en la transgresión. El binomio normatividad/alteridad es eso: un binomio que lo que hace es simplificar extremadamente la realidad, pero que, de manera general, nos permite analizar el porqué de algunas dinámicas que tienen lugar a nuestro alrededor. Y lo mismo pasa con las identidades: son categorías analíticas que nos permiten explicar las relaciones y la organización social y, al mismo tiempo, son construcciones sociales y culturales que no tienen nada de esencial y son grandes generalizaciones. La complejidad de la vida, por suerte, las desborda.

Imaginamos, pues, que un niño de 10 años llega un día a la escuela con las uñas de las manos pintadas de rojo intenso. Imaginamos que algunos compañeros se ríen y lo llaman “marica”. Cuando nos preguntamos qué ha pasado y por qué, a menudo nos encontramos con la respuesta de que la burla tiene que ver con el hecho de que esta situación es poco habitual. Si volvemos a tomar el cuadro como marco de análisis, podemos plantear dos reflexiones que abriremos en forma de pregunta. La primera, que un niño vaya a la escuela con corbata es tan poco habitual como que vaya con las uñas pintadas. ¿En este caso, se habrían burlado de la misma manera, si el niño hubiera ido con corbata? La respuesta es no, y eso arroja luz sobre el hecho de que el motivo de la burla no es que sea un hecho poco habitual, sino que el niño que va con las uñas pintadas a clase se está saltando la norma de género. Y la segunda pregunta es si, cuando sus compañeros lo están llamando “marica”, se lo están imaginando relacionándose sexoafectivamente con otro niño.²⁵ En este caso, la respuesta vuelve a ser muy probablemente que no. Lo están insultando con un término que hace referencia a una preferencia-opción sexual cuando, en realidad, lo que el niño está transgrediendo es la norma de género, no la norma heterosexual. Este ejemplo nos permite derribar la idea de sistema. Hablamos de sistema *sexo-género-Sexualidad* porque, aunque cada una de estas categorías –sexo, género, preferencia/opción sexual e identidad de género– funcionan por separado, de manera que todas las combinaciones son posibles (excepto, por definición, mujeres gais y hombres lesbianos), hay un sistema de creencias que las relaciona a través de la norma cisheteropatriarcal, de manera que transgredirla en relación con, por ejemplo, la expresión de género, implica que fácilmente se atribuya a la persona también una preferencia sexual no normativa.

Tal como se ha explicado, el modelo hegemónico condiciona el marco de las sexualidades de las personas. Pero el hecho de que sea una construcción social nos permite poder aprender a identificar y a desaprender nuestros patrones culturales, y a recorrer nuevos procesos de socialización participativos, igualitarios y transformadores que nos encaminen hacia el ejercicio de nuestros derechos sexuales. Para recorrer estos nuevos caminos, es imprescindible revisar y problematizar las construcciones sociales (ideas, creencias, estereotipos, mitos, etcétera) hegemónicas en torno al sistema *sexo-género-Sexualidad* y desplegar una mirada compleja sobre cómo habitamos las personas nuestras sexualidades, nuestros cuerpos, nuestros vínculos, nuestras relaciones sociales, en definitiva, nuestras vidas. Metafóricamente hablando, requerimos una mirada que aborde la reali-

25. Puedes encontrar una explicación más extensa y más compleja en torno a la misma pregunta en La Santa Marica (2018).

dad social desde una perspectiva, que abandone el plano bidimensional y que asuma la tercera dimensión para relacionar las construcciones hegemónicas de la Sexualidad con las desigualdades estructurales de los contextos sociales y transformarlas. Como agentes comunitarias, tenemos que abrir ventanas más allá del imaginario social y ver que habitar el espacio fuera de la norma no solo es posible sino también satisfactorio y deseable para la salud sexual, sin (re)marcar jerarquías ni opciones correctas o incorrectas, con el fin de ampliar el horizonte de posibilidades.

Para acabar con las herramientas de análisis de las violencias que vivimos –y que, no lo olvidemos, también ejercemos–, hace falta tener en cuenta que el sistema sexo-género-Sexualidad no permite, ni mucho menos, explicar todas las violencias. Los feminismos negros norteamericanos introdujeron el concepto de interseccionalidad, que explica cómo las sociedades están organizadas a partir de varios ejes de desigualdad (sexo, género, sexualidad, raza, clase, capacidad, entre muchos otros) que se entrecruzan y generan sinergias de formas complejas en relación con el contexto y que determinan la posición social de los individuos en entornos concretos. Según Crenshaw (1989), “la interseccionalidad es el fenómeno por el cual cada individuo sufre opresión u ostenta un privilegio sobre la base de su pertenencia a múltiples categorías sociales” (traducido del inglés).

Este concepto, por lo tanto, permite explicar las relaciones de poder y las violencias más allá del sistema sexo-género-Sexualidad.

1.2. ¿Qué significa promocionar la salud sexual y reproductiva de las personas desde una perspectiva de derechos?

Esta guía tiene un posicionamiento concreto en torno a las sexualidades que tiene como marco un enfoque de derechos; es decir, defiende la salud sexual como un derecho humano de todas las personas (independientemente de si se ajustan o no al modelo hegemónico de Sexualidad).

Cuando hablamos del ejercicio de los derechos sexuales, no solo estamos hablando del acceso a la atención en salud sexual y reproductiva, o de recibir información veraz, oportuna, científica y sin prejuicios, sino que apuntamos más lejos: a la posibilidad de que todas las personas, sin ningún tipo de discriminación, puedan tomar nuestras propias decisiones en todo lo relacionado con nuestras sexualidades; estamos hablando, pues, de autonomía, de libertades y de cuidados.

Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad inherente, la dignidad y la igualdad para todos los seres humanos. Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual tiene que ser un derecho básico. Por este motivo, los siguientes derechos sexuales²⁶ tienen que ser reconocidos, promovidos y defendidos:

Derecho a la libertad sexual: la libertad sexual abarca la posibilidad de todas las personas de expresar su sexualidad. No obstante, excluye todas las formas de coerción sexual, de explotación y de abuso en cualquier momento y situación de la vida.

Derecho a la autonomía sexual, la integridad sexual y la seguridad del cuerpo: involucra la habilidad de tomar decisiones autónomas sobre la vida sexual de una misma dentro del contexto de la propia ética social, que no siempre tiene por qué coincidir con la de las agentes comunitarias. También incluye el control y el placer de nuestros cuerpos, libres de violencia de cualquier tipo.

26. Fuente original: Declaración del XIII Congreso Mundial de Sexología (Valencia, España, 1997), revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) el 26 de agosto de 1999, en el XIV Congreso Mundial de Sexología (Hong Kong, República Popular China). En el Estado español, parte de estos derechos están regulados por el marco legislativo que establece la Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

Derecho a la privacidad sexual: involucra el derecho a tomar decisiones individuales y conductas sobre la intimidad, siempre que no interfieran en los derechos sexuales de otros.

Derecho a la equidad sexual: hace referencia a la oposición a todas las formas de discriminación independientemente del sexo, el género, la preferencia-opción sexual, la edad, la raza, la clase social, la religión o la diversidad funcional.

Derecho al placer sexual: el placer sexual incluye el autoerotismo y es una fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.

Derecho a la expresión sexual emocional: la expresión sexual es más que el placer erótico en los actos sexuales. Cada individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.

Derecho a la libre asociación sexual: implica la posibilidad de contraer matrimonio o no, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales.

Derecho a tener opciones reproductivas libres y responsables: abarca el derecho al aborto, a decidir sobre si tener hijas e hijos o no tenerlos, el número y el tiempo entre cada uno y el derecho al acceso a los métodos de regulación de la fertilidad. También incluye el derecho a decidir sobre la maternidad de manera libre en relación con decisiones sobre el parto, el embarazo o la lactancia.

Derecho a la información basada en el conocimiento científico: la información sexual debe generarse a través de un proceso científico y ético y difundirse de maneras apropiadas a todos los ámbitos sociales.

Derecho a la educación sexual comprensiva: este es un proceso que perdura toda la vida y tendría que involucrar a todas las instituciones sociales.

Derecho al cuidado de la salud sexual: el cuidado de la salud sexual tiene que estar disponible para todas las personas.

Amparada en este marco, la salud sexual es el resultado de un ambiente que reconozca, respete y ejerza los derechos sexuales. En última instancia, cuidar de la salud sexual es poder ejercer los derechos sexuales. Practicar los cuidados es una forma de reapropiarse del espacio robado. Es reapropiarnos de nuestros derechos sexuales.

1.2.1. Los derechos sexuales son derechos humanos: universales, inalienables, interdependientes e indivisibles

Los derechos sexuales, en la medida en que son derechos humanos, constituyen la base ética que protege la dignidad de las personas. Son inalienables, inherentes a todas las personas, los hemos adquirido al nacer y nos acompañarán siempre; nos pertenecen. Por esta razón, reivindicamos que los derechos sexuales son irrenunciables, irrevocables e intransferibles.

Así, no existe ninguna orden jurídica posible o castigo que pueda privarnos de nuestros derechos sexuales. Ninguna autoridad, ningún gobierno ni “nadie” tiene legitimidad para negarnoslos. Forman parte de nuestra configuración como personas y es imprescindible ejercerlos para nuestro desarrollo y bienestar: por eso son universales.

Otros principios que rigen el tratamiento de los derechos sexuales como derechos humanos son los siguientes:

- **El principio de interdependencia:** el pleno ejercicio de cada uno de los derechos no es posible sin el desarrollo del resto; se complementan en todo su conjunto. Por ejemplo, el derecho a la igualdad está directamente afectado por el derecho a recibir una educación sexual libre de estereotipos machistas y prejuicios morales. O bien si no se garantiza el derecho al acceso a todas las opciones reproductivas (incluida la interrupción voluntaria del embarazo), se vulnera también el derecho a la autonomía sexual.
- **El principio de indivisibilidad:** nadie nos puede quitar un derecho por el hecho de que sea “menos importante” que el resto o “no esencial”. Ningún derecho puede disfrutarse a costa de otro derecho: no se puede prescindir de ninguno. Todos tienen la misma importancia y son igualmente esenciales para el respeto por la dignidad y la valía de toda persona.

Como destacan González y Pajares (2012, p. 23), “los derechos sexuales y reproductivos han evolucionado durante mucho tiempo como derechos fragmentados y hoy se incluyen bajo el paraguas de los derechos humanos gracias al esfuerzo local e internacional de incidencia por parte de las organizaciones feministas y de mujeres”. Esta incidencia política permitió que la lucha por la garantía de los derechos sexuales se reivindicara tanto en el ámbito público como en el privado y que puedan reclamarse en los dos ámbitos.

Llegadas a este punto, podemos recuperar la frase de “lo personal/privado es político”²⁷ para señalar la gran trascendencia que tiene reconocer como social e interconectado con causas estructurales lo que anteriormente se percibía como un hecho individual o aislado. De esta manera, las sexualidades que habían sido recluidas en la esfera íntima e individual empiezan a repensarse desde la acción colectiva y comunitaria, bajo la convicción

27. Shulamith Firestone, Robin Morgan y otras feministas a las que se atribuye haber originado la frase han declinado la autoría. “En su lugar”, escribe Kerry Burch (2012, p. 139), “citan a millones de mujeres en conversaciones públicas y privadas como autoras colectivas de la frase”.

muy clara de que las sociedades no pueden ser justas y equitativas sin el reconocimiento y el ejercicio pleno de los derechos sexuales, en cualquier momento y en cualquier ámbito.

A pesar del esfuerzo de las organizaciones feministas y de mujeres, los derechos sexuales son, sin embargo, “jurídicamente débiles”, porque no son jurídicamente vinculantes. Este hecho provoca la necesidad de defenderlos continuamente de los embates fundamentalistas y conservadores, particularmente en los temas relacionados con el derecho a vivir una sexualidad libre de violencias sexuales, el derecho de las personas trans* a decidir sobre su cuerpo, el derecho de las personas con diversidad funcional a vivir sus sexualidades y, muy especialmente, el derecho al aborto.

¿Por qué escogemos el término *derechos sexuales*, en vez de *derechos sexuales y derechos reproductivos*?

- Porque la unión “derechos sexuales y derechos reproductivos”, como si se tratara de un mismo espacio de derechos, ha acabado generando que los derechos sexuales se entiendan como un subconjunto de los derechos reproductivos, de manera que pierden parte de su potencialidad transformadora.
- Porque, si vinculamos los dos espacios de derechos como un único universo, corremos el riesgo de centrar la titularidad de los derechos sexuales en las personas heterosexuales en edad reproductiva.
- Porque, cuando derechos sexuales y derechos reproductivos van unidos, se acostumbra a dejar fuera del marco de protección de los derechos humanos a una gran cantidad de personas: personas mayores, niños y adolescentes, personas LGTBI+ (lesbianas, gais, trans*, bisexuales, intersexuales y otras personas no heteronormativas, etcétera).
- Porque las políticas públicas sobre derechos sexuales y derechos reproductivos presentan una tendencia hacia la salud reproductiva que desatiende los derechos sexuales y a las personas que no se reproducen.
- Porque invisibiliza la historia y las consecuciones de los movimientos feministas y del activismo LGTBI+ en materia de derechos, al desvincular a las personas de la dimensión política y comunitaria de las sexualidades.
- Porque reivindicar los derechos sexuales es una manera de ampliar la exigibilidad de los derechos a una diversidad más amplia de personas.

1.2.2. Los derechos sexuales desde una visión integral

Con respecto al enfoque de derechos, González y Pajares (2012, p. 25) nos explican:

[...] “hay que interpretarlo a la luz de cuatro principios, que permiten tener un enfoque más integral:

- La sexualidad es una parte integral de la personalidad de cada ser humano. Por esta razón, debe crearse un medio ambiente favorable en el cual cada persona pueda disfrutar de sus derechos sexuales como parte del proceso de desarrollo.
- Los derechos y protecciones garantizados para las personas menores y personas menores de dieciocho años difieren de los de los adultos y deben tomar en cuenta las capacidades evolutivas del menor como individuo para ejercer sus derechos en su propio nombre.
- La no discriminación es subyacente a la protección de todos los derechos humanos.
- La sexualidad y el placer derivado de ella es un aspecto central del ser humano, independientemente de si la persona elige reproducirse o no hacerlo. La garantía de los derechos sexuales para todas las personas incluye un compromiso con la libertad y la protección del daño”.

La salud sexual, el ejercicio de los derechos sexuales y el bienestar subjetivo en relación con las sexualidades son tres elementos que confluyen de manera tal que, si uno se ve afectado, los otros dos quedarán alterados. Así, cuando hablamos de salud sexual, estamos hablando de derechos sexuales. Y si hablamos de derechos sexuales, hablamos de desigualdades, porque los procesos de salud no tienen lugar independientemente de los contextos sociales, los cuales pueden dificultar el ejercicio de los derechos sexuales de las personas. Por este motivo, resulta indispensable analizar y transformar la estructura social y las dinámicas sociales que generan las desigualdades sociales en términos de salud.

La promoción de la salud sexual desde el enfoque de derechos con una visión integral implica, por lo tanto, generar cambios en la estructura social a fin de que todas las personas podamos disfrutar de nuestros derechos. Para facilitar la generación de estos cambios desde la promoción de la salud sexual, los apartados siguientes profundizan en el análisis de los efectos de las desigualdades estructurales sobre la salud sexual y recogen algunas aportaciones feministas que nos encaminan hacia un nuevo modelo basado en la autonomía y el empoderamiento.

1.2.3. La promoción de los derechos sexuales: aportaciones feministas desde un enfoque interseccional

En este apartado, queremos reflexionar sobre los efectos de las desigualdades estructurales en la salud sexual de las personas desde un enfoque feminista interseccional. Consideramos una cuestión primordial tomar conciencia de cómo las desigualdades sociales impactan en el ejercicio de los derechos sexuales y en la salud de las personas.

En el apartado 1.1.3, reflexionábamos sobre las construcciones sociales hegemónicas en torno a la Sexualidad y avanzábamos el concepto de *interseccionalidad* como herramienta para profundizar en el análisis de las relaciones de poder.

[...] “La mirada interseccional nos ayuda a explicar cómo las sociedades están organizadas a partir de varios ejes de privilegio-opresión (sexo-género, sexualidad, raza, clase, capacidad, entre muchos otros), que se entrecruzan y generan sinergias de formas complejas en relación con el contexto y que determinan la posición social de las personas en entornos concretos”. (Pardo, 2018)

El enfoque interseccional nos permite comprender las categorías de raza, género y clase, entre otros, como elementos conectados, entrelazados y entrecruzados. La intersección entre estos ejes de desigualdad nos da verdadera cuenta de cuáles son las problemáticas en salud de las personas en cada contexto:

[...] “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)

Desde este enfoque, podemos explorar hasta qué punto se hace efectivo el ejercicio de los derechos sexuales en relación con determinantes sociales como la clase, la raza, el género, la preferencia-opción sexual, entre muchos otros, tal como explicamos a continuación.

1.2.3.1. Los efectos de las desigualdades estructurales sobre la salud sexual de las personas

Hemos hablado de la universalidad de los derechos sexuales, sin embargo, si miramos de cerca la realidad, veremos que una buena parte de la sociedad encuentra obstáculos en el ejercicio de los derechos sexuales. Estos obstáculos están relacionados a menudo con determinantes sociales como pueden ser la clase socioeconómica, el género o la raza. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los determinantes sociales así:

[...] “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)

Las desigualdades sociales son, por lo tanto, el resultado de iniquidades injustas y evitables que provienen de una distribución desigual del poder. Podemos definir la desigualdad estructural como el resultado de situaciones de exclusión social o de “sometimiento” de determinados grupos sociales por parte de otros. Se produce mediante complejas prácticas sociales, prejuicios y sistemas de creencias con la finalidad de mantener el orden social.

No es el objeto de esta guía hacer un análisis exhaustivo de los efectos de las desigualdades estructurales sobre la salud sexual de las personas. Por lo tanto, ofreceremos una pequeña contextualización y, mediante ejemplos, trataremos de facilitar la comprensión de las interrelaciones que se dan entre los principales determinantes sociales de la salud.

Como veíamos, las desigualdades estructurales determinan, en buena parte, el ejercicio de los derechos sexuales y la salud a lo largo de la vida de las personas. Así, por ejemplo, las desigualdades de género condicionan la información e influyen en la toma de decisiones que tienen que ver con la salud sexual. Por otra parte, la violencia machista, una de las manifestaciones más flagrantes del impacto de la desigualdad de género en la salud de las personas, es un fenómeno estructural arraigado en las relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres y que se sustenta en la discriminación y la opresión de las mujeres, simplemente por el hecho de ser leídas socialmente como mujeres. Es una violencia instrumental por parte del sistema patriarcal que permite perpetuarla y, por lo tanto, es causa y consecuencia del sistema mismo. Vista la magnitud del impacto que tiene en la salud de las mujeres, la abordaremos de manera específica en el apartado siguiente.

Otro eje de desigualdad estructural está relacionado con la clase socioeconómica.

[...] “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)

Para poner un ejemplo muy gráfico de cómo la precariedad económica afecta a la salud sexual, podemos señalar la relación directa entre la crisis económica reciente del 2012 y el deterioro de la salud de las personas con menos ingresos:

[...] “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 6.º informe periódico en España”, 2018)

Por otra parte, no podemos dejar de señalar, tampoco, la persistencia de un racismo y una xenofobia estructurales que se manifiestan, por ejemplo, en discriminaciones desde los

servicios de salud, hacia las personas racializadas²⁸ o la exclusión del sistema de salud de las personas en situación administrativa irregular. Añadimos algunos ejemplos para ilustrar lo que acabamos de exponer:

[...] “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 plano más general, el informe mencionado también destaca, que, para las personas vulnerabilizadas por las desigualdades estructurales como las personas con diversidad funcional, para las personas que viven en zonas rurales, para las personas de los diversos colectivos LGTBI y para las que ejercen trabajo sexual, hay menos iniciativas de promoción de la salud sexual.

Podemos concluir, pues, a partir de los ejemplos expuestos, que la clase social, el género, la raza, la preferencia-opción sexual o la identidad de género, entre otros, configuran un sistema complejo de opresiones múltiples y simultáneas que producen problemáticas de salud sexual específicas y diferenciadas.

Debemos ser conscientes de cómo estas desigualdades estructurales impactan en la salud y en el ejercicio de los derechos sexuales de las personas y tenerlas presentes a la hora de repensar la promoción de su salud sexual.

[...] “Los problemas de las personas no pueden tener una solución estrictamente individual, ni respuestas tecnocráticas. Fortalecer a la sociedad supone hacer avanzar la idea de que la mayor parte de los problemas que afectan más a las personas son colectivos y deben tener respuestas colectivas, en contra de la ideología de la individualización que se ha intentado imponer en las últimas décadas y que culpabiliza a las personas que más sufren la desigualdad y la precarización de la vida de su situación y al mismo tiempo las responsabiliza de tener que salir adelante individualmente”. (Ayuntamiento de Barcelona. Área de Derechos de Ciudadanía, Cultura, Participación y Transparencia Dirección de Acción Comunitaria, 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. Los efectos de las violencias machistas sobre la salud sexual

Tal como se ha explicado en el apartado 1.1.3, el sistema patriarcal tiene una serie de mecanismos para perpetuar las desigualdades y la discriminación hacia las mujeres. Lo hace, básicamente, mediante dos procesos: los procesos de socialización (mediante los cuales se transmiten, se reproducen y se refuerzan los estereotipos de género) y los de las **violencias machistas**.

Para entender la dimensión estructural de las violencias machistas, debemos analizar los dos fenómenos que las construyen y las legitiman. Por una parte, se construyen a través de lo simbólico (sistema de creencias, de valores y del imaginario social). Por la otra, se legitiman a través de dos procesos relacionados entre sí:

- La socialización que las “naturaliza” las saca de su dimensión real (“lo social”) y las convierte en algo natural (“lo normal”).
- La impunidad del sistema para hacerles frente en toda su extensión.

La Ley orgánica 1/2004, de medidas de protección integral contra la violencia de género, supuso un cambio muy importante al inicio de los años 2000, cuando se inició el debate jurídico, pero sobre todo social, con que se puso en evidencia cómo los entes públicos tenían que afrontar las violencias contra las mujeres más allá del concepto de *violencia doméstica*, que hasta entonces era el marco lógico de las violencias. Así, la Ley orgánica 1/2004 intenta reconducir esta situación a través de la definición de la violencia de género como aquella violencia que sufren las mujeres “como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres” (artículo 1). Se deja claro, así, que la violencia contra las mujeres constituye una categoría específica de violencia social que tiene su origen en la discriminación estructural de la mujer por el reparto no equitativo de roles sociales y que no tiene parangón en el sexo masculino.

Lo que pasó posteriormente fue que la Ley orgánica 1/2004, en su despliegue en el Código penal, quedó muy reducida a la violencia ejercida por parejas o exparejas, aunque esta definición hace tiempo que dejó de ser suficiente para afrontar el carácter estructural de las violencias y, también, aunque este hecho comportaba dejar fuera de la tipificación penal muchas otras formas de violencia.

En este sentido, el marco jurídico, político e institucional catalán reconoce, no obstante, en la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, una definición más amplia en la que se entiende la violencia machista como la “violación de los derechos humanos a través de la violencia que se ejerce contra las mujeres como manifestación de la discriminación y de la situación de desigualdad en el marco de un sistema de relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres y que, producida por medios físicos, económicos o psicológicos, incluidas las amenazas, las intimidaciones y las coacciones, tiene como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto si se produce en el ámbito público como en el privado”.

Si bien esta ley fue una ley avanzada en materia de violencia machista, el Parlamento de Cataluña aprobó, el 22 de diciembre de 2020, la **Ley 17/2020, de modificación de la**

Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, que modifica la anterior Ley 5/2008 con la finalidad de adecuarla a las modificaciones normativas, especialmente el Convenio del Consejo de Europa del 11 de mayo de 2011 (Convenio de Estambul) y ratificado por España en el 2014, y de ampliar los tipos y las formas de violencias machistas.

Esta ley también cataloga las violencias machistas con dos criterios: las formas en que se expresan y los ámbitos en que se producen, tal como se puede ver en los siguientes cuadros.

Formas de violencia machista:

Con respecto a la ley, la violencia machista se puede ejercer según alguna de las siguientes formas:

1. La violencia machista se configura por una continuidad de situaciones en las que interactúan cada una de las formas de violencia machista con los diversos ámbitos en que se producen.
2. La violencia machista se puede ejercer de manera puntual o de manera reiterada de alguna de las siguientes formas:

Violencia física: comprende cualquier acto u omisión de fuerza contra el cuerpo de una mujer, con el resultado o el riesgo de producirle una lesión física o un daño.

Violencia psicológica: comprende toda conducta u omisión que produzca en una mujer una desvalorización o un sufrimiento, por medio de amenazas, humillación, vejaciones, menosprecio, desprecio, exigencia de obediencia o sumisión, coerción verbal, insultos, aislamiento o cualquier otra limitación de su ámbito de libertad. La violencia machista también se puede llevar a cabo con la amenaza o la causación de violencia física o psicológica contra el entorno afectivo de la mujer, especialmente los hijos e hijas u otros familiares que convivan o tengan una relación directa, cuando se dirija a afligir a la mujer. También incluye la violencia ambiental, que se lleva a cabo por medio del ejercicio de la violencia sobre bienes y propiedades de la mujer, con valor económico o sentimental, o sobre los animales con los que tiene un vínculo de afecto, con la finalidad de afligirla o de crear un entorno intimidatorio.

Violencia sexual: comprende cualquier acto que atente contra la libertad sexual y la dignidad personal de la mujer creando unas condiciones o aprovechándose de un contexto que, directa o indirectamente, impongan una práctica sexual sin tener el consentimiento ni la voluntad de la mujer, con independencia del vínculo que haya entre la mujer y el agresor o agresores. Incluye el acceso al cuerpo, la mutilación genital o el riesgo de sufrirla, los matrimonios forzados, el tráfico de mujeres con finalidad de explotación sexual, el acoso sexual y en razón de sexo,

la amenaza sexual, la exhibición, la observación y la imposición de cualquier práctica sexual, entre otras conductas.

Violencia obstétrica y vulneración de derechos sexuales y reproductivos: consiste en impedir o dificultar el acceso a una información veraz, necesaria para la toma de decisiones autónomas e informadas. Es una vulneración de los derechos sexuales y reproductivos que puede afectar a los diferentes ámbitos de la salud física y mental, incluyendo la salud sexual y reproductiva, y puede impedir o dificultar a las mujeres tomar decisiones sobre sus prácticas y preferencias sexuales, y sobre su reproducción y las condiciones en que se lleva a cabo, de acuerdo con los supuestos incluidos en la legislación sectorial aplicable. Incluye la esterilización forzada, el embarazo forzado, el impedimento de aborto en los supuestos legalmente establecidos y la dificultad para acceder a los métodos contraceptivos, a los métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual y del VIH, y a los métodos de reproducción asistida, y también las prácticas ginecológicas y obstétricas que no respeten las decisiones, los cuerpos, la salud y los procesos emocionales de las mujeres.

Violencia económica: consiste en la privación intencionada y no justificada de recursos para el bienestar físico o psicológico de una mujer y, en su caso, de sus hijos o hijas, en el impago reiterado e injustificado de pensiones alimenticias estipuladas en caso de separación o divorcio, en el hecho de obstaculizar la disposición de los recursos propios o compartidos en el ámbito familiar o de pareja y en la apropiación de bienes de la mujer, sea por herencia o por ganancias.

Violencia digital: consiste en los actos de violencia machista y misoginia en línea cometidos, instigados, amplificados o agravados, en parte o totalmente, con el uso de tecnologías de la información y de la comunicación, plataformas de redes sociales, webs o foros, correo electrónico y sistemas de mensajería instantánea y otros medios similares que afecten a la dignidad y los derechos de las mujeres. Estos actos causan daños psicológicos e, incluso, físicos; refuerzan estereotipos; dañan la dignidad y la reputación; atentan contra la privacidad y la libertad de obrar de la mujer; le causan pérdidas económicas, y obstaculizan su participación política y su libertad de expresión.

Violencia de segundo orden: consiste en la violencia física o psicológica, las represalias, las humillaciones y la persecución ejercidas contra las personas que dan apoyo a las víctimas de violencia machista. Incluye los actos que impiden la prevención, la detección, la atención y la recuperación de las mujeres en situación de violencia machista.

Violencia vicaria: consiste en cualquier tipo de violencia ejercida contra los hijos e hijas con la finalidad de provocar dolor o daño a la madre.

3. Se entiende que las diversas formas de violencia machista son también violencia contra la mujer cuando se ejerzan con la amenaza o la causación de violencia física o psicológica contra su entorno afectivo, especialmente contra los hijos e hijas u otros familiares, con la voluntad de afligir a la mujer.

Ámbitos de las violencias machistas en la Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista

La violencia machista se puede manifestar en algunos de los siguientes ámbitos:

1. **Violencia en el ámbito de la pareja:** consiste en la violencia física, psicológica, sexual o económica ejercida contra una mujer y perpetrada por el hombre que es o ha sido su cónyuge o por la persona que tiene o ha tenido relaciones similares de afectividad.
2. **Violencia en el ámbito familiar:** consiste en la violencia física, digital, sexual, psicológica o económica ejercida contra las mujeres y los y las menores de edad en el seno de la familia y perpetrada por miembros de la propia familia o por miembros del núcleo de convivencia, en el marco de las relaciones afectivas y de los vínculos del entorno familiar. Incluye los matrimonios forzados. No incluye la violencia ejercida en el ámbito de la pareja.
3. **Violencia en el ámbito laboral:** consiste en la violencia física, sexual, económica, digital o psicológica que se puede producir en el ámbito público o privado durante la jornada de trabajo, o fuera del centro y del horario establecido si tiene relación con el trabajo. Puede adoptar los siguientes tipos:

Acoso en razón de sexo: consiste en cualquier comportamiento no deseado, verbal o físico, relacionado con el sexo o género de la mujer, realizado con el propósito o efecto de atentar contra la dignidad, la indemnidad o las condiciones de trabajo de las mujeres por el hecho de serlo, creando un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante, ofensivo o molesto que dificulte su promoción, empleo de funciones, acceso a cargos directivos, remuneración y reconocimiento profesional, en equidad con los hombres.

Acoso sexual: consiste en cualquier comportamiento verbal, no verbal o físico no deseado y de índole sexual que tenga como objetivo o produzca el efecto de atentar contra la dignidad y la libertad de una mujer o de crearle un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante, ofensivo o molesto.

Discriminación por embarazo o maternidad: consiste en todo trato desfavorable a las mujeres relacionado con el embarazo o la maternidad, existente o potencial, que comporte una discriminación directa y una vulneración de los derechos fundamentales a la salud, a la integridad física y moral y al trabajo.

4. **Violencia en el ámbito social o comunitario:** comprende las siguientes manifestaciones:

Agresiones sexuales: uso de la violencia física y sexual ejercida contra las mujeres determinada por el uso premeditado del sexo como arma para demostrar poder y abusar de este.

Acoso sexual.

Tráfico de mujeres con finalidad de explotación sexual y con otras finalidades con dimensión de género.

Mutilación genital femenina o riesgo de sufrirla: incluye cualquier procedimiento que implique o pueda implicar una eliminación total o parcial de los genitales femeninos o que produzca lesiones, aunque conste el consentimiento expreso o tácito de la mujer.

Violencia derivada de conflictos armados: incluye todas las formas de violencia contra las mujeres que se producen en estas situaciones, como el asesinato, la violación, la esclavitud sexual, el embarazo forzado, el aborto forzado, la esterilización forzada, la infección intencionada de enfermedades, la tortura o los abusos sexuales.

Violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, como los abortos selectivos y las esterilizaciones forzadas.

Feminicidios: los asesinatos y homicidios de mujeres en razón de género, las inducciones al suicidio y los suicidios como consecuencia de la presión y violencia ejercidas hacia la mujer.

Agresiones en razón de género.

Vejaciones, tratos degradantes, amenazas y coacciones en el espacio público.

Restricciones o privaciones de libertad a las mujeres, o de acceso al espacio público o a los espacios privados, o a actividades laborales, formativas, deportivas, religiosas o lúdicas, y también restricciones a la expresión en libertad con respecto a su orientación sexual o expresión e identidad de género, o a su expresión estética, política o religiosa.

Represalias por los discursos y expresiones individuales y colectivos de las mujeres que reclaman el respeto de sus derechos, y también expresiones y discursos públicos que fomenten, promuevan o inciten directa o indirectamente la hostilidad, la discriminación o la violencia hacia las mujeres.

5. **Violencia en el ámbito digital:** violencia machista que se produce en las redes de comunicación digitales, entendidas como nueva ágora de interacción, participación y gobernanza por medio de las tecnologías de la información y de la comunicación. Entre otras prácticas, incluye el ciberacoso, la vigilancia y el seguimiento, la calumnia, los insultos o las expresiones discriminatorias o denigrantes, las amenazas, el acceso no autorizado a los equipos y cuentas de redes sociales, la vulneración de la privacidad, la manipulación de datos privados, la suplantación de identidad, la divulgación no consentida de información personal o de contenidos íntimos, el daño a los equipos o canales de expresión de las mujeres y de los colectivos de mujeres, los discursos de incitación a la discriminación hacia las mujeres, el chantaje de carácter sexual por canales digitales y la publicación de información personal con la intención de que otras personas agredan, localicen o acosen a una mujer.

6. **Violencia en el ámbito institucional:** acciones y omisiones de las autoridades, el personal público y los agentes de cualquier organismo o institución pública que tengan como objetivo retrasar, obstaculizar o impedir el acceso a las políticas públicas y al ejercicio de los derechos que reconoce esta ley para asegurar una vida libre de violencia machista, de acuerdo con los supuestos incluidos en la legislación sectorial aplicable. La falta de diligencia debida, cuantitativa y cualitativa, en el abordaje de la violencia machista, si es conocida o promovida por las administraciones o se convierte en un patrón de discriminación reiterado y estructural, constituye una manifestación de violencia institucional. Esta violencia puede provenir de un solo acto o práctica grave, de la reiteración de actos o prácticas de menor alcance que generan un efecto acumulado, de la omisión de actuar cuando se conozca la existencia de un peligro real o inminente, y de las prácticas u omisiones revictimizadoras. La violencia institucional incluye la producción legislativa y la interpretación y aplicación del derecho que tenga por objeto o provoque este mismo resultado. La utilización del síndrome de enajenación parental también es violencia institucional.
7. **Violencia en el ámbito de la vida política y la esfera pública de las mujeres:** la violencia machista que se produce en espacios de la vida pública y política, como las instituciones políticas y las administraciones públicas, los partidos políticos, los medios de comunicación o las redes sociales. Cuando esta forma de violencia machista se da en las instituciones políticas o las administraciones públicas y es tolerada y no sancionada, se convierte también en una forma de violencia institucional.
8. **Violencia en el ámbito educativo:** cualquier tipo de violencia que se produce en el entorno educativo entre los miembros de la comunidad educativa. Se puede producir entre iguales, de mayor de edad a menor de edad o viceversa. Incluye el acoso, el abuso sexual y el maltrato físico, sexual, psíquico o emocional. Entre estas violencias, algunas se producen en razón de género o de identidad sexual.
9. Cualesquiera otras formas análogas que lesionen o puedan lesionar la dignidad, la integridad o la libertad de las mujeres.

La comprensión actual de las **violencias sexuales** como una expresión básica de la dominación patriarcal hacia las mujeres es muy reciente y todavía dista mucho de ser asumida ampliamente en el ámbito social e institucional. Durante siglos, las violencias patriarcales hacia las mujeres –incluidas las sexuales– han sido justificadas por el Estado o, incluso, reguladas por el sistema jurídico como un “derecho” que podían ejercer ciertos hombres sobre ciertas mujeres, dentro de un marco normativo que aseguraba la subordinación de las mujeres a los hombres.

Las diversas formas de violencias hacia las mujeres por razones de género (también denominadas violencias machistas), entre las que se encuentran las violencias sexuales, son fenómenos muy graves que afectan al núcleo de los derechos humanos. Las violencias sexuales afectan principalmente a las mujeres y niñas y constituyen una forma grave

de la violencia basada en el género, una manifestación de la discriminación contra las mujeres.

Tal como ha señalado recientemente el Comité CEDAW²⁹ en su recomendación 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 Declaración y plataforma de acción de Pekín (Naciones Unidas, 2014, p. 66) ha expresado en términos positivos el derecho a la autonomía 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”.

Por otra parte, tal como pasa con la violencia en las relaciones de pareja (o “violencia de género”, de acuerdo con el marco normativo español de la Ley orgánica 1/2004), las violencias sexuales no ocurren al azar, sino que están relacionadas con desequilibrios de poder basados en el género.

Por lo tanto, las violencias sexuales también suponen una violación del derecho de no sufrir discriminación, reconocido por los instrumentos internacionales de derechos humanos, porque es “incompatible con la dignidad y el valor de la persona”. Las violencias sexuales, pues, aparte de constituir una grave violación de los derechos humanos, son también un delito grave que se produce de formas diversas, en grados diversos, en todas las sociedades. Asimismo, y dependiendo de las circunstancias, las violencias sexuales también pueden constituir crímenes de guerra, de lesa humanidad, actos de tortura o actos constitutivos de genocidio.

Al convertirse en parte de los tratados internacionales de derechos humanos, los estados asumen obligaciones legales, incluida la protección de las personas en su territorio o jurisdicción ante las violaciones de estos derechos. Estas obligaciones son, tradicionalmente, las obligaciones de respetar los derechos humanos, que obligan a los estados y sus agentes –tanto si es el poder ejecutivo como el legislativo o el judicial– a abstenerse

29. Siglas en inglés de la Convención sobre la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer, aprobada por las Naciones Unidas en 1979 y ratificada por 187 países, el 96 % de los existentes, entre ellos el Estado español, que la ratificó en 1984.

de violar estos derechos y a no ejercer actos que constituyan violencias sexuales. Pero, además, las obligaciones de garantizar los derechos humanos significan que los estados también tienen que tomar medidas ante los actos cometidos por agentes privados (no estatales). Es decir, los estados tienen que tomar, con la diligencia debida, las medidas apropiadas –legislativas o administrativas– para prevenir, investigar, juzgar y sancionar los actos cometidos por agentes no estatales (individuos o grupos) que violen los derechos humanos de las personas en el territorio del Estado, y proporcionar reparación a las víctimas.

En el caso de las violencias sexuales –así como otras formas de violencias contra las mujeres por razones de género–, los estados tienen que actuar con la diligencia debida para prevenir, investigar y sancionar estas violencias, así como para reparar el daño a las víctimas.

Llegadas a este punto y teniendo presente todo lo que hemos presentado en relación con la legislación existente, proponemos las reflexiones siguientes desde una mirada feminista interseccional:

- **Las violencias machistas se pueden producir en todos los espacios donde las personas interactúan:** en contextos familiares o comunitarios, el espacio público, el puesto de trabajo, espacios de ocio, la política, el deporte, los servicios de salud, los centros de día y residencias, los entornos educativos o tecnológicos, además de las formas contemporáneas de violencia que se producen en las redes y en otros entornos digitales.
- Debemos comprender las violencias machistas como **una problemática social** y estructural más que individual, **que exige abordajes integrales**. La intervención comunitaria tiene que ir más allá de poner énfasis en situaciones concretas, autores o víctimas/supervivientes individuales. Las violencias sexuales nacen en las raíces de los sistemas sociales patriarcales y se acaban legitimando, precisamente, por este hecho.
- **La intervención comunitaria tiene que ser capaz de incorporar “la diversidad de las mujeres” a su enfoque, con el fin de dar respuestas adecuadas.** Las violencias machistas pueden afectar a las mujeres en grados diversos o de formas diferentes. Las mujeres sufren/sufrimos **formas múltiples e interrelacionadas de violencias**, que tienen un efecto negativo agravado. Dentro de estos factores que pueden interrelacionarse, se incluyen el origen étnico, la condición de minoría o de indígena, la situación socioeconómica, el idioma, la religión, la opinión política, el origen nacional, el estado civil, la maternidad, la edad, la procedencia urbana o rural, el estado de salud, la diversidad funcional,³⁰ los derechos de propiedad, la condición de lesbiana, bisexual, transgénero o intersexo, el analfabetismo, la solicitud de asilo, la condición de refugiada, despla-

30. La intersección mujer-diversidad funcional nos habla de una exposición mayor a las desigualdades sociales y a las violencias machistas. Las violencias contra las mujeres con diversidad funcional siguen unos mecanismos específicos; se trata de unas violencias invisibilizadas que tienen lugar mayoritariamente en el ámbito doméstico, residencial y médico. Vulneraciones flagrantes de los derechos sexuales como los abortos coercitivos o las esterilizaciones forzadas (que sufren especialmente las mujeres con diversidad intelectual), pueden agravar la situación de indefensión y vulnerabilidad ante los abusos sexuales al evitarse la evidencia del abuso que supondría un embarazo.

zada interna o apátrida, la viudedad, el estatus migratorio, la condición de cabeza de familia, el estado serológico en relación con el VIH, la privación de libertad y el ejercicio del trabajo sexual, así como la trata de mujeres, las situaciones de conflicto armado, la lejanía geográfica y la estigmatización de las mujeres que luchan por sus derechos, en particular las defensoras de los derechos humanos.

Hasta ahora hemos echado un vistazo, sobre todo, a la realidad en el Estado español y en Cataluña. A continuación, os proponemos ampliar la mirada al ámbito internacional.

En relación con el **impacto de las violencias machistas en las sexualidades**, la OMS (2017) considera que las violencias de género hacia las mujeres constituyen un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres. Además de la muerte, estas violencias son una de las causas principales de lesiones y diversidad funcional, y un factor de riesgo de sufrir otros problemas de salud física, mental, sexual y reproductiva.

Cualquiera de las manifestaciones de las violencias machistas tiene un impacto más o menos grave en la salud sexual de las mujeres. Las mujeres que viven bajo alguna forma de violencia machista están más expuestas a la infección por el VIH y otras ITS, a embarazos no deseados, a no tener control sobre su sexualidad y sobre su cuerpo, y también destaca el impacto silencioso que es el secuestro del deseo y del placer. En definitiva, comporta el secuestro de la autonomía y la libertad de las mujeres, de los derechos sexuales de las mujeres. Todos estos secuestros embargan nuestra “habitación propia interna”, aquella desde la cual construimos nuestra identidad y nuestras capacidades para la acción, para crear y crearnos, y para reconocernos y reivindicarnos como sujetos de derechos y de deseos.

Según la recomendación general de CEDAW núm. 19 (Comité CEDAW, 1992) se entiende por *violencias sexuales* los actos u omisiones destinados a causar o provocar, o que puedan causar o provocar, la muerte o un daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o económico para las mujeres, las amenazas de tales actos, el acoso, la coacción y la privación arbitraria de la libertad.

Bajo esta recomendación podemos señalar algunos elementos para realizar una lectura que nos permita ampliar la mirada de las violencias:

- **Contexto.** El comité señala que la violencia basada en el género se ve afectada –y a menudo, agravada– por factores culturales, económicos, ideológicos, tecnológicos, políticos, religiosos, sociales y ambientales, como se pone de manifiesto, entre otros, en los contextos del desplazamiento, la migración o el aumento de la globalización de las actividades económicas, en particular, de las cadenas mundiales de suministro, la industria extractiva y la deslocalización, la militarización, la ocupación extranjera, los conflictos armados, el extremismo violento y el terrorismo. La violencia basada en el género también se ve afectada por las crisis políticas, económicas y sociales, los disturbios, las emergencias humanitarias, los desastres naturales y la destrucción o degradación de los recursos naturales.

- **Derechos humanos y violencia basada en el género.** El derecho de las mujeres a una vida libre de violencia está unido a otros derechos humanos: los derechos a la vida, la salud, la libertad y la seguridad de la persona, la igualdad, la igual protección en el seno de la familia, a la protección contra la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes (en particular, algunas formas de violencia sexual han sido consideradas formas de tortura u otros crímenes, también de carácter internacional) y la libertad de expresión, de circulación, de participación, de reunión y de asociación.
- **Causas de la violencia basada en el género.** El comité CEDAW considera que la violencia basada en el género está arraigada en factores relacionados con el género, como la ideología del derecho y 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 masculino, imponer los roles asignados a cada género, o evitar, desanimar o castigar lo que se considera un comportamiento inaceptable de las mujeres. Estos factores también contribuyen a la aceptación social explícita o implícita de la violencia basada en el género, que a menudo todavía se considera un asunto privado, y a la impunidad generalizada en este aspecto.
- **Ámbitos.** La violencia basada en el género se produce en todos los espacios y esferas de la interacción humana, tanto públicos como privados.

Desde varios ámbitos se impulsa la reformulación del concepto y de su significado, es decir, de lo que entendemos por *violencias sexuales*. Así, la OMS ha definido la violencia sexual de la siguiente manera:

[...] “todo acto sexual, la tentativa de consumir 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 y Organización Panamericana de Salud, 2013)

Con respecto a los actos que se consideran violencias sexuales, la OMS señala lo siguiente:

[...] “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 y OPS, 2013)

Estas definiciones son fundamentales; por una parte, porque ponen en el centro los mecanismos a través de los cuales se pueden cometer estas violencias –varios tipos de coacción, que van desde la presión social a la intimidación por la fuerza física–, y, de

la otra, porque destacan que la afección no necesariamente se tiene que producir en el cuerpo de las mujeres. En efecto, la violencia puede repercutir de cualquier otra manera a la intimidad de las mujeres, tal como pasa en los casos de comentarios o insinuaciones de cariz sexual no deseados.

Con todo, hay que reconocer que estas definiciones se mantienen dentro de la visión liberal neutral, es decir, son neutros en términos de género, aunque se reconozca que las principales afectadas por estas violencias son las mujeres y las niñas.

En un sentido más amplio, se consideran violencias sexuales:

[...] “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)

Esta definición coloca en el centro el elemento del consentimiento o la voluntad, que, como veremos, es esencial para la comprensión de las violencias sexuales desde una perspectiva centrada en los derechos de las mujeres.

Asimismo, tal como dice el Comité CEDAW, las violencias machistas —incluidas las violencias sexuales en espacios públicos— están arraigadas 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 hecho, son estos factores los 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), lo cual es particularmente preocupante en el ámbito de las violencias sexuales en espacios públicos.

Por otra parte, también el contenido que se da al concepto de violencias sexuales es una cosa que ha ido evolucionando de manera histórica y sociocultural. Tanto en el ámbito normativo como social, hasta hoy en día, cuando se habla de *violencias sexuales* a menudo se piensa en agresiones sexuales y, particularmente, en la violación. La preeminencia de esta figura se basa tanto en su importancia histórica —vinculada con la “virginidad” y la valía de las mujeres, la protección de su “honestidad”, etcétera— como jurídica; por eso se considera el delito sexual más grave. Aunque, dando un paso más allá, también se piense en las violencias que penalmente se consideran “abusos sexuales”, en general la comprensión social (y el imaginario jurídico) de las violencias sexuales nos remite a algo que ocurre en situaciones y contextos de alguna manera “extraordinarios”, como la violación de una mujer con violencia por parte de un desconocido en un callejón oscuro y solitario por la noche (calificada como el estereotipo de *real rape* o “verdadera violación” por Susan Estrich, 1987).

Aunque la mayor parte de las agresiones sexuales no responden a esta situación estereotipada, ya que una gran parte las cometen conocidos —como, por ejemplo, parejas— en

espacios privados –como el espacio doméstico–, esta visión también es muy limitada con respecto a las violencias sexuales que se pueden producir en los espacios públicos.

En esta esfera, hay que ir mucho más allá: no solamente hablamos de agresiones sexuales en calles, parques, caminos, etcétera, sino también de varias formas de violencias sexuales que se producen en espacios públicos donde puede haber aglomeraciones, como, por ejemplo, en el transporte público. Las manifestaciones también son diversas, desde supuestos en los que hay una invasión corporal de la víctima, bien en forma de agresiones o bien de abusos, hasta casos en los que, sin ningún contacto corporal, se hacen insinuaciones, amenazas, propuestas o comentarios, verbales o mediante gestos, o exhibiciones corporales, así como invasiones de la intimidad de las víctimas mediante fotografías o imágenes no autorizadas, como el fenómeno denominado *upskirting*, que se refiere a fotografías o vídeos tomados bajo las faldas de las mujeres y niñas, con el fin de obtener (y a menudo difundir) imágenes de su zona pública.

Independientemente de los ámbitos en los que tienen lugar las violencias sexuales, hoy día se mantienen vigentes muchos de los estereotipos sobre estas violencias, como verlas como una cosa alejada o excepcional, así como sobre las víctimas, a las cuales se pide que se defiendan, se resistan a la violencia y sean una “víctima ideal”. Estos estereotipos se reproducen en el ámbito jurídico, donde, además, persisten en la esfera normativa conceptos “falocéntricos” que vinculan la gravedad de la violencia con la penetración, así como una grave falta de formación y de sensibilización con mirada feminista por parte de muchos y muchas profesionales del mundo jurídico.

1.2.3.3. Los efectos del modelo hegemónico de la Sexualidad sobre la salud sexual

Tal como hemos descrito en el apartado 1.1.3, el modelo hegemónico de Sexualidad es el que nos dice cómo debemos comportarnos (o no), y como debemos sentir y pensar nuestras sexualidades. En este apartado, analizaremos algunos de los efectos que tiene para la salud sexual de las personas y, por lo tanto, cómo limita el ejercicio de sus derechos sexuales.

El modelo hegemónico de Sexualidad, que hemos caracterizado en el apartado 1.1.3 como biologicista, coitocéntrico, cisheteronormativo, sexista, adultocéntrico, capacitista, occidental y patologizador, tiene una larga historia e instancias sociales muy poderosas que lo legitiman. En el contexto actual, el discurso médico, que da lugar al modelo biomédico de atención a la salud sexual, es una de las instancias que más fuertemente apuntalan el modelo hegemónico de Sexualidad y, a la vez, lo reproducen; es decir, lo legitiman a través, por ejemplo, de protocolos y manuales, y, a la vez, lo reproducen, es decir, imponen este modelo mediante las prácticas médicas, el diagnóstico y la atención a las personas.

Precisamente por eso, el ámbito sanitario es una de las esferas donde más claramente se pueden comprender los efectos negativos del modelo hegemónico de Sexualidad sobre la salud sexual de las personas.

[...] “A pesar del cambio sustancial en la relación y comunicación entre el médico y el paciente, una de las mayores limitaciones médicas se sigue situando en el plano de la normatividad sexual. Desde una perspectiva crítica, el modelo médico ha interpretado la biología basándose en un modelo cultural que es sexista y homófobo; es por eso por lo que se consideran “anormales” todos los cuerpos que escapan del binomio “macho/hembra” y “hombre/mujer” [...]”. (Gregori, 2016, p. 45)

Como ejemplo de esta afirmación, actualmente los protocolos internacionales que regulan los tratamientos de bebés intersexuales recomiendan la hormonación y la reconstrucción genital (Fausto-Sterling, 2006).

Aunque en todas las épocas y en todas las culturas ha habido personas que no encajan en los modelos de masculinidad y feminidad imperantes en cada sociedad,³¹ el concepto de transexualidad no apareció hasta la primera mitad del siglo XX y fue creado por la medicina occidental para intentar explicar el comportamiento de personas que no encajaban en el modelo de género que se les había asignado. Este detalle es relevante porque ejemplariza de una manera muy clara cómo la institución médica ha intentado individualizar y esencializar malestares que tienen orígenes sociales y políticos a través de definir lo sano y lo enfermo, es decir, de marcar la frontera entre lo que es normal y lo que es patológico (Pardo, 2018). De hecho, hasta el 2017, el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV* de la Asociación de Psiquiatría Americana³² incluía la transexualidad como trastorno psiquiátrico; actualmente ha pasado a denominarla “incongruencia de género” manteniendo un carácter patologizador. Así como la homosexualidad era considerada un trastorno por las clasificaciones internacionales de enfermedades mentales hasta al principio de la década de los noventa, la transexualidad, todavía hoy, es considerada un trastorno mental (el trastorno de identidad de género). Hombres y mujeres trans*, pues, chocan en primer lugar con esta patologización, que tiene numerosas consecuencias en su vida.

El estudio *Diagnóstico de las realidades de la población LGTB de Barcelona* (Coll-Planes y Missé, 2009) señala que las personas LGTB+ que relatan problemas en la atención en el contexto de los centros sanitarios los vinculan al trato diferencial o discriminatorio a causa de su identidad de género o su preferencia-opción sexual. Algunas de las prácticas discriminatorias que se recogen en este estudio tienen que ver con faltas de respeto a la identidad de género de la población trans* y su derecho a recibir una atención libre de patologización, con la vulneración de los derechos reproductivos de lesbianas y del derecho a una atención ginecológica y urológica adecuada.

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

31. Para profundizar en esta cuestión, puedes consultar la exposición sobre géneros no binarios que tuvo lugar en el marco de la Semana por la Diversidad Afectivosexual y de Género 2018 en Barcelona. Consejo de la Juventud de Barcelona (CJB). Disponible en: <http://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD26242.pdf>

32. El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) es una de las obras de referencia más importantes utilizadas para diagnosticar y clasificar las llamadas *enfermedades y disfunciones mentales*.

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 normatividad impuesta por el sistema sexo-género-Sexualidad no solo afecta a las personas LGTBI+, como hemos explicado anteriormente, sino que afecta al conjunto de la población. Así, por ejemplo, la normatividad impuesta por el sistema sexo-género-Sexualidad interconecta con otras construcciones sociales como la “discapacidad”.³³ Las personas con diversidad funcional, como muestran los letreros de los lavabos, no son concebidas socialmente dentro del problemático binomio hombre-mujer. Este orden simbólico ejemplariza cómo socialmente se las expulsa del terreno de la Sexualidad y se las priva de sus derechos sexuales. “La sociedad sigue viendo al colectivo estereotipado como inocentes asexuadas y niños eternos o bien como pervertidas hipersexualizadas” (García-Santesmases, Vergés y Almeda, 2017a).

En el ámbito biomédico, estos estereotipos capacitistas se traducen en una falta de atención médica a la salud sexual de las personas con diversidad funcional de manera general y en graves vulneraciones específicas de derechos como el aborto coercitivo, la esterilización forzosa o el hecho de desaconsejar “casi sistemáticamente sus embarazos por considerarlos de alto riesgo, ocultando su desconocimiento profesional para tratar a una mujer con discapacidad en esta situación” (Peláez, Leonhardt y Martínez, 2009, p. 14). Los movimientos de la diversidad funcional postulan que el cuerpo (individual) no es el problema (social) y que precisamente el mismo cuerpo puede ser un territorio desde el cual construir la solución.

Queremos acabar con otra cita del estudio de Sandra Fernández que consideramos muy ilustrativa de cómo el modelo biomédico de atención a la salud sexual está condicionado por el modelo hegemónico de Sexualidad y, a la vez, lo reproduce, de manera que repercute en la salud sexual de las personas:

[...] “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)

Reducir las sexualidadeS a una cuestión clínico-sanitaria es esconder la complejidad psicológica, cultural y social, porque, en definitiva, la información pretendidamente científica acaba siendo mecanicista y conservadora; no cambia el modelo por nuevos modelos

33. La discapacidad, como el género, es una construcción social. La concepción de las personas con diversidad funcional como “dis-capaces”, como menos capaces o no capaces, constituye el origen de la exclusión y la discriminación y, por lo tanto, es imprescindible cuestionar continuamente esta percepción.

más igualitarios y placenteros, e individualiza y pone el foco de atención sobre la patología. Como dicen García y 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. Las posibilidades reales de cambio: hacia un nuevo modelo de autonomía y empoderamiento

Hasta ahora hemos hecho referencia a las aportaciones feministas a la promoción de la salud sexual. Estas aportaciones nos ayudan a visibilizar los efectos de las desigualdades estructurales sobre la salud sexual de las personas, a problematizar las categorías sexo-género-Sexualidad, a comprender los efectos de las violencias machistas y del modelo hegemónico sobre la salud de las personas, y las limitaciones del modelo biomédico para abordarlos. En definitiva, las aportaciones feministas nos facilitan el análisis de los contextos sociales donde intervenimos como agentes comunitarias. Pero también, y eso es lo que queremos reflejar en este apartado, nos aportan elementos y claves metodológicas para construir un nuevo modelo de promoción de la salud sexual de las personas y de los derechos sexuales.

El modelo que se propone desde el enfoque feminista no es neutro (no hay ningún modelo que lo sea), está posicionado y tiene objetivos políticos de transformación social y unas metodologías concretas para promoverla. Estas metodologías, en primera instancia, nos interpelan a las agentes comunitarias como agentes de cambio. En segundo término, sitúan a las personas como protagonistas activas de la transformación de sus contextos sociales y de la construcción de otras formas de existencia y mundos posibles donde podamos disfrutar plenamente de nuestros derechos sexuales.

Los apartados siguientes desarrollarán estas **claves feministas para la promoción de la salud sexual en la intervención comunitaria**, pero queremos dar unas pinceladas sobre los elementos que las caracterizan:

- **La reflexividad³⁴ de la agente comunitaria:** es la habilidad para reconocer que parte de un punto de vista concreto que condiciona el proceso de la intervención comunitaria de promoción de la salud sexual. Facilita la comprensión de la posición social que ocupamos como agentes comunitarias dentro del contexto al cual nos dirigimos.
- **La interseccionalidad:** nos facilita comprender cómo se interconectan las desigualdades estructurales relacionadas con el género, la raza, la clase, las capacidades funcionales o la preferencia-opción sexual, entre otros. Nos ayuda a entender los efectos de estas desigualdades sobre la salud sexual de las personas y cómo dificultan el disfrute de los derechos sexuales.

34. Más información, en el apartado 1.3.1 de esta guía.

- **Los conocimientos situados:** esta clave está muy relacionada con los elementos anteriores. Se trata de reconocer y visibilizar el lugar desde el que interpretamos el mundo, su configuración en términos interseccionales y el efecto que eso tiene sobre los conocimientos que producimos con nuestras intervenciones comunitarias. Se trata, además, de incorporar un carácter crítico y transformador de los contextos sociales.
- **El desplazamiento de las diversidades al centro de la mirada:** posibilita desplazar al centro de la intervención comunitaria todas las identidades y las situaciones y maneras de expresar y vivir las sexualidades y las relaciones afectivas de una manera no jerárquica.
- **El hecho de situar a las personas como protagonistas y sujetos activos en la construcción de sus derechos sexuales,** en la detección de sus propias necesidades, y en la producción de sus propios saberes, conocimientos y estrategias de cuidado de la salud sexual.
- **La apuesta por generar procesos colectivos de empoderamiento, agencia y resiliencia** que posibiliten a las personas construir una autonomía y ampliar la destreza para decidir sobre todo lo que tiene que ver con sus sexualidades y la transformación de sus entornos sociales.

El modelo que acabamos de describir implica cuestionar los enfoques biomédicos de la promoción de la salud sexual basados en riesgos biológicos, y entender la sexualidad como una parte integral de la personalidad de cada individuo en todo el ciclo de vida, que incluye el disfrute, el placer, la identidad. Y, al mismo tiempo, implica superar los enfoques más tradicionales focalizados en la salud reproductiva, que han vinculado la promoción de la salud sexual a la difusión de los métodos anticonceptivos.

Supone, en definitiva, incorporar la mirada feminista en la acción comunitaria para prestar atención a la dimensión estructural, pero también emocional, de los problemas de la gente y responder a las necesidades de las personas a través de un trabajo igualitario con las comunidades.

1.3. ¿Cómo se puede intervenir desde el ámbito comunitario?

1.3.1. La reflexividad de las agentes comunitarias como herramienta básica de intervención

Como agentes comunitarias, como sujetos sociales, ocupamos múltiples posiciones sociales y estamos constituidas, igual que las personas con las que trabajamos, por contextos sociales diversos. También tenemos ideas normativas en torno a lo que una mujer es o ha de ser, un hombre es o ha de ser, una lesbiana es o ha de ser, o un gay o una mujer mayor gitana o una chica con diversidad funcional o un chico trans*, etcétera, y también sobre cuál es la forma legítima de configurar nuestros vínculos afectivos, vivir nuestras sexualidades, cuidar nuestra salud sexual, entre muchas otras cuestiones.

Estas ideas apelan a la normatividad imperante de nuestros contextos y, para transformarlas, será necesario ir a la raíz. Eso es lo que hemos intentado en los apartados anteriores con el análisis de las desigualdades estructurales y del modelo hegemónico de Sexualidad. Pero este análisis no es suficiente; necesitamos un proceso más profundo para comprender múltiples maneras de existir, pensar, sentir y actuar, y vivir las sexualidades. En este sentido, la reflexividad es una herramienta indispensable que nos facilita el paso del análisis teórico a la práctica operativa de la intervención comunitaria.

La reflexividad es un proceso de reflexión personal y colectiva en el que se problematizan cuestiones de índole práctica y cotidiana, incorporadas como parte del sentido común dominante o de la normatividad imperante en el contexto.

Esta propuesta, sin embargo, nos plantea un reto: formularnos preguntas en el ámbito profesional y también en el personal implica entrenar la mirada no solo hacia los contextos de intervención sino también hacia la propia realidad; mirarnos en el espejo y ver cómo los mandatos de género, las premisas del modelo hegemónico de Sexualidad y las situaciones de privilegio y de vulnerabilidad atraviesan nuestras vidas personales y nuestra cotidianidad.

Los procesos de reflexividad, mediante preguntas recurrentes, nos obligan a ejercer, a partir de nuestra propia experiencia, una problematización constante de nuestro trabajo para averiguar si estamos contribuyendo de una manera más o menos sutil a la reproducción del modelo hegemónico de Sexualidad.

Abordar la promoción de la salud sexual partiendo de la reflexividad es plantearnos, por ejemplo, el género no solo como lo normativo, como lo que restringe, sino también como un entramado complejo de vivencias. Es preguntarnos: ¿podemos integrar la perspectiva feminista en nuestros proyectos sin habernos cuestionado qué incidencia tiene el género

en nuestra cotidianidad personal, laboral, social, etcétera? ¿Podemos hablar de perspectiva de género y no haber pensado en nuestra identidad de género, sexual, corporal, etcétera? ¿Cómo se articula eso con nuestra práctica profesional?

Hace falta que nos cuestionemos a fondo si realmente estamos generando una intervención comunitaria en salud sexual que asuma por anticipado una perspectiva compleja de la cuestión, y que reconozca que, para abordarla, tenemos que superar ciertas inercias y revisar nuestra manera de mirar, sentir y, sobre todo, transmitir.

Por otra parte, la reflexividad nos facilitará mostrar la pluralidad de vivencias, sujetos y experiencias que tienen que ver con las sexualidadeS y que no se acostumbran a representar (por ejemplo, las experiencias de mujeres trans* lesbianas), y que son positivas, heterogéneas, complejas. Contemplar, representar, abordar desde la promoción de la salud sexual estas vivencias, ya no como desviaciones y anormalidades sino como diversidades, alternativas u opciones, es una cuenta pendiente, incluso una deuda, que tenemos como agentes comunitarias.

En definitiva, la reflexividad nos permite entender los cuerpos, las sexualidadeS, los vínculos afectivos, las relaciones de género, los cuidados, etcétera, como complejidades y multidimensionalidades difícilmente aprehensibles desde las miradas que las simplifican. Como diría Haraway (1995), “pasemos de lo llano al relieve, a las texturas, a lo vivo, a lo encarnado”.

1.3.2. La intervención comunitaria desde un enfoque de derechos situado

Con mucha relación con el apartado anterior, abordamos ahora otra de las herramientas que el modelo feminista aporta a la promoción de la salud sexual: el enfoque situado. Situarnos es reconocer y visibilizar el lugar desde el cual miramos e interpretamos el mundo. Situarnos es dirigir nuestra mirada a las configuraciones sociales y analizarlas críticamente en términos interseccionales y políticos y, al mismo tiempo, situarnos también es analizar el efecto de estas configuraciones sociales sobre los saberes, las acciones, las intervenciones, los proyectos que generamos. Finalmente, situarnos también es compromiso con la transformación social y la construcción crítica de otras formas de existencia y mundos posibles.

Donna Haraway (1995) define los conocimientos situados como “aquellos conocimientos que son parciales, localizables y críticos”. Son los conocimientos que, a partir de su carácter fragmentado y encarnado y de la relación con la subjetividad desde la cual se producen, cuestionan radicalmente el carácter supuestamente neutro de la producción científica.

¿Qué significa llevar a cabo una intervención comunitaria desde un enfoque de derechos situado? Podríamos responder a esta pregunta con tres palabras: conciencia, crítica y transformación.

Una intervención situada nos facilita:

- Entender el contexto al cual nos dirigimos.
- Cuestionar nuestra propia posición dentro del contexto. Ninguna posición es neutra; ocupamos una posición determinada que es conveniente explicitar.
- Establecer una relación igualitaria y horizontal entre la agente comunitaria y el grupo de intervención.
- Favorecer el protagonismo activo de las personas en la detección de sus propias necesidades y en la producción de sus propios saberes y conocimientos.
- Escoger entre estrategias de intervención concretas según el contexto y las personas a las cuales nos dirigimos, y priorizar el trabajo colectivo.

1.3.3. La intervención comunitaria como herramienta para la construcción del derecho a la autonomía

Disfrutar del derecho a la autonomía sexual implica la posibilidad de escoger cómo queremos construir nuestra identidad sexual y de género, nuestros afectos, nuestras preferencias y opciones sexuales, y tomar decisiones sobre nuestros cuerpos, sobre cómo queremos vivir nuestras sexualidadeS, nuestros vínculos o si queremos o no tener hijas e hijos, entre otros ejemplos.

El derecho a la autonomía sexual comporta poder tomar decisiones libremente sobre nuestra vida sexual dentro del contexto social y de la ética propia. Incluye el placer y el control de nuestros cuerpos y nuestras sexualidadeS libres de violencias de cualquier tipo. Ejercer la autonomía es un proceso complejo que Marcela Lagarde (2005) define como “tenerse a una misma como la protagonista de la vida, vivirse como el propio sentido de la vida”. Como agentes comunitarias, debemos cuestionarnos los aspectos siguientes: ¿Cómo construimos las personas nuestra autonomía sexual? ¿Qué elementos la favorecen y cuáles la dificultan? ¿Cómo puede la intervención comunitaria facilitar procesos de construcción de autonomía?

A continuación, ofrecemos diversas **claves que se han aportado desde los feminismos** y los movimientos de mujeres para facilitar los procesos de construcción de la autonomía de las personas:

- **Reivindicar a todas las personas como sujetos políticos activos** y con derecho a decidir sobre nuestros cuerpos, nuestras sexualidades, nuestros deseos y nuestras vidas. En este sentido, informar, analizar, debatir con la comunidad sobre los derechos sexuales constituyen los primeros pasos para abrir la puerta a ejercer estos derechos.
- Conocer que **la negación de las sexualidades de las mujeres ha sido el mecanismo mediante el cual se ha negado nuestro derecho a decidir libremente sobre nuestros cuerpos.**
- Situar **el cuerpo como primer territorio para ser liberado:** reapropiarnos de nuestros cuerpos es uno de los primeros pasos para reapropiarnos de nuestras vidas. Parafraseando a Merleau-Ponty (1945), solo cuando el cuerpo es sujeto se dirige hacia las posibilidades que le ofrece el mundo.
- Reconocer que **los procesos de empoderamiento colectivo** fortalecen los mecanismos formales e informales que permiten a las personas tener el control de sus cuerpos y sus vidas.

El derecho a decidir sobre el propio cuerpo es la piedra angular desde la cual se tiene que construir la autonomía. La posibilidad de poder decidir sobre el propio cuerpo marca la diferencia entre ser sujeto de derecho o ser objeto de Sexualidad, porque, cuando se nos priva del derecho a decidir sobre el propio cuerpo, se nos está negando, como sujetos, la capacidad de tomar decisiones sobre nuestras vidas.

Por la importancia que tiene el derecho a decidir sobre el propio cuerpo, a continuación, mostramos algunas implicaciones de este derecho que hay que tener presentes en nuestras intervenciones comunitarias en salud sexual:

- **Derecho de las mujeres al aborto.** Para la intervención comunitaria, es imprescindible comprender las políticas y los debates que se llevan a cabo en torno al aborto como un tema primordial. Porque, tal como decíamos antes, cuándo se nos priva del derecho al aborto, se nos priva del derecho a decidir sobre nuestro propio cuerpo y se nos niega la capacidad de tomar decisiones sobre nuestras vidas. Mediante la prohibición de la capacidad de decidir qué queremos hacer con nuestras sexualidades y cómo queremos afrontar las consecuencias, nuestros cuerpos y nuestra sexualidad se vuelven fiscalizados, penalizados e icono de una ideología fundamentalista, que niega incluso una cuestión tan básica como es el derecho de las mujeres a decidir sobre nuestra vida.
- **Derecho de personas trans* a decidir sobre el propio cuerpo y su identidad sentida.** Fuera de un modelo biomédico binario y patologizador, puede comportar, si así se escoge libremente, la modificación de la apariencia (a través de la medicina, la cirugía u otros medios) y otras expresiones de género, incluyendo la indumentaria, el lenguaje y la gestualidad.
- **Derecho de las personas con diversidad funcional a decidir sobre el propio cuerpo.** Es el derecho a tomar sus propias decisiones sobre sus sexualidades. Recogemos aquí las reivindicaciones de los movimientos de diversidad funcional en el acceso a los de-

rechos sexuales, incluyendo la asistencia sexual que permita, a las personas que lo necesitan, apoyo para acceder sexualmente a su propio cuerpo o llevar a cabo prácticas sexuales con otras personas.

Junto con el derecho a decidir sobre el propio cuerpo, el segundo elemento angular para construir autonomía es el empoderamiento. El empoderamiento es un proceso que coloca a las personas como protagonistas y sujetos activos en la construcción de sus derechos.

Este término ha pasado a formar parte de nuestro léxico feminista y de nuestras prácticas desde hace tiempo. El concepto aparece por primera vez en el libro de Barbara Solomon *Black Empowerment: Social Work in Oppressed Communities* en 1976, pero no se hizo popular hasta el final de la década de los ochenta, a través de la obra de Carolina Moser sobre el análisis de género en 1989 (Moser, 1989). Varios movimientos ejercieron influencia en la aparición de este concepto: el movimiento negro, las campañas de alfabetización de Paulo Freire, el anarquismo, el marxismo y, por descontado, el movimiento de las mujeres, que fue el que dio carta de ciudadanía al *empowerment*. Por ejemplo, se habla en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Pekín en 1995, que constituyó un punto de inflexión importante para la agenda mundial de igualdad de género.

A pesar de la potencialidad transformadora del término, en la actualidad hay muchas ambigüedades y significados vinculados al concepto; se trata de un concepto polisémico que se utiliza en multitud de ámbitos, como la cooperación al desarrollo, las políticas públicas, los movimientos sociales e, incluso, en el ámbito empresarial. De hecho, muchas veces el empoderamiento se identifica con la autonomía económica de las personas y no estamos seguras de si eso nos lleva a un mundo mejor...

Quizás, con tantos significados y usos, necesitamos acotar un poco nuestra definición. Nosotras entendemos el empoderamiento:

- **Como concepto político** que trata de subvertir las relaciones de poder; cuando se despolitiza ya no tiene sentido. Queremos procesos políticos individuales y colectivos.
- **Como toma de conciencia individual (y subjetiva) para adquirir derechos;** tiene que ver con tomar conciencia de las normas sociales, por ejemplo, las heteropatriarcales, y subvertirlas en la propia experiencia. También tiene que ver con explorar el mundo más allá de las fronteras que nos han enseñado a no cruzar.
- **Como la recuperación o el incremento de los niveles de habilidades y competencias que nos hacen ser protagonistas de nuestras vidas;** el empoderamiento nos permite aprender a volver a aprender, a tomar decisiones y a ganar autonomía.
- **Como la ampliación de las posibilidades de agencia y resiliencia de las personas** para actuar ante situaciones adversas en las que hay algún tipo de subordinación social, y también de la capacidad para transformarlas.
- **Como un proceso, un camino, a largo plazo.** No es un estado o un objetivo que adquirimos en un momento determinado en el tiempo, una sola vez; nos empoderamos en múltiples momentos y fases de la vida.

- **Como oportunidad de transformación social, porque es individual y colectivo al mismo tiempo.** Es un proceso individual relacionado con el incremento de autoafirmación, de la confianza y de la autoestima y, al mismo tiempo, tiene más fuerza y más sentido si es colectivo. Una no se empodera sola; juntas, la capacidad de cambio se multiplica y se refuerza.

Para generar los procesos de empoderamiento de las personas es importante tener en cuenta las barreras que dificultan el ejercicio de los derechos sexuales y, a la vez, incorporar las estrategias que las personas han utilizado ante las situaciones vividas de vulneración de derechos. Aparte de cuestiones formales e institucionales (leyes, programas públicos y privados) más visibles, hay que prestar atención a las estrategias de apoyo mutuo y solidaridad más informales, que históricamente han desplegado las personas para ejercer sus derechos sexuales: desde la defensa contra las violencias machistas hasta el aborto; desde la lucha contra la LGTBIfobia hasta el derecho de las personas con diversidad funcional a la asistencia sexual, etcétera. Eso permite salir de un enfoque victimista, entender a las personas como agentes de cambio y reconocer su papel en el desarrollo de sus derechos.

Trabajar desde el enfoque de la autonomía y del empoderamiento implica considerar a las personas como agentes de cambio capaces de movilizarse y actuar a favor de sus propios derechos y necesidades. Es importante tener en cuenta que la autonomía no solo forma parte del proceso de empoderamiento sino que es un proceso en sí mismo, gradual, relacional y, evidentemente, a largo plazo. Este enfoque nos permite evitar caer en el asistencialismo, es decir, en intervenciones sociales que benefician las necesidades inmediatas de las personas, pero que no potencian elementos para que las personas puedan ejercer sus derechos a lo largo de la vida. Y es que, para movilizarnos y actuar en favor de nuestros derechos y necesidades, las personas necesitamos también procesos colectivos.

El empoderamiento es, precisamente, fortalecer los mecanismos formales e informales que permiten a todas las personas tener el control de sus cuerpos y sus vidas. Hay que entender el ejercicio de los derechos sexuales como parte de un proceso de empoderamiento en el que las personas se agencien estos derechos y se los apropien. En este sentido, hay que destacar la importancia de apropiarse de los derechos sexuales para que dejen de ser derechos en ley (papel) y pasen a ser parte de la identidad de las personas, parte de sus vidas; es lo que se llama *derechos sentidos*.

El abordaje de los derechos sexuales desde la autonomía y el empoderamiento permite que coloquemos en el centro de nuestro discurso el cuerpo y los desafíos cotidianos que cada persona afronta/confronta con su cuerpo, con sus sentimientos, con su placer, con sus miedos, con sus dudas sobre cómo quiere vivir la vida (“la trascendencia”). El gran reto es, pues, dar empuje a procesos de reflexión y de cambio a escala individual y colectiva, procesos, en definitiva, de generación de masa crítica.

Elementos para facilitar procesos de empoderamiento individual y colectivo

- El empoderamiento es un proceso único y diferente para cada persona o grupo de personas. Ninguna persona se empodera sola; siempre se trata de un proceso colectivo, comunitario.
- Las comunidades siempre son diversas con respecto a relaciones de poder, habilidades, saberes y conocimientos, pero también con respecto a cuerpos, procedencias, culturas, capacidades y expresiones y preferencias sexuales diferentes. También hay que tener presentes las creencias, adhesiones políticas, ideologías y religiosidades. Es por todo eso por lo que los procesos de empoderamiento también serán diversos.
- El empoderamiento posibilita que las personas ganen poder, autoridad e influencia sobre la propia vida y el entorno social. Se construye con el desarrollo de otros elementos, como:
 - Poder de decisión propio.
 - Acceso a la información y a los recursos para tomar una decisión apropiada.
 - Destreza para comunicar con asertividad la toma de decisiones.
 - Capacidades para realizar cambios que transformen el contexto cotidiano.
 - Habilidad para aprender y para mejorar el propio poder personal o de grupo.
 - Mejora de la autoimagen y superación de la estigmatización.
 - Participación en un proceso de crecimiento personal y de cambios continuos





Bloque 2.

Experiencias situadas

2.1. La deconstrucción de la Masculinidad hegemónica como promoción de la salud

- 2.1.1. El riesgo como mandato: estereotipos y roles de género masculinizados en el ámbito de la Sexualidad hegemónica
- 2.1.2. Estrategias para cuestionar el modelo hegemónico de masculinidad y promocionar la revisión y el cambio de la identidad masculina
- 2.1.3. Elementos para la prevención de agresiones sexistas a la hora de trabajar con población masculina

2.2. Los cuidados desde la perspectiva feminista en la gestión de las sexualidades

- 2.2.1 Los cuidados en la vivencia de las sexualidades como pieza clave de la promoción de la salud sexual
- 2.2.2 Estrategias para la promoción de cuidados en salud sexual desde una perspectiva interseccional que permita tener en cuenta todos los placeres, todos los cuerpos y todas las prácticas sexuales y sus necesidades
- 2.2.3 La prevención del VIH y otras ITS desde el abordaje integral comunitario

2.3. Promoción de la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva interseccional y situada

- 2.3.1 El papel de la gestión reproductiva en el proyecto vital
- 2.3.2 Opciones reproductivas
- 2.3.3 La interrupción voluntaria del embarazo

2.1. La deconstrucción de la Masculinidad hegemónica como promoción de la salud

En este apartado, ponemos en el centro del debate, de acuerdo con todo lo que hemos planteado hasta el momento, la cuestión de la masculinidad. La intención es repensar la cuestión de la masculinidad como posición de privilegio y no como una identidad “esencial”. Este planteamiento nos permite entender, en primera instancia, que esta posición puede estar ocupada desde corporalidades diferentes, es decir, no solo por personas que se identifican como hombres heterosexuales sino también por personas que se pueden identificar como intersexo, mujeres, trans*, lesbianas o gais.

Lo que nos interesa es mostrar cómo el empleo de esta posición implica una serie de lógicas, derivadas del sistema sexo-género-Sexualidad,³⁵ que tienen que ver con las relaciones que configuran el campo social. Por lo tanto, si bien cualquier corporalidad puede ocupar la posición de masculinidad, no todas están legitimadas para hacerlo y, además, para hacerlo con éxito (ser reconocido socialmente), será necesario reproducir una cierta *performance* de género determinada por la heterosexualidad.

Es en este sentido que podemos afirmar que **la masculinidad no es ninguna esencia**, ni un atributo que exista a priori sino que, para desplegarse, necesita la reproducción de los mandatos de género. Eso implica que, para ser reconocido como hombre, como hombre con éxito, se tienen que repetir las normas sociales de la Masculinidad hegemónica.

Estas normas no las podemos obviar, pero al mismo tiempo nadie podrá repetirlas nunca al 100 %, nadie podrá reproducir exactamente lo que dictan los mandatos, sino que siempre, en su repetición, se desplazarán y se resignificarán. Por eso, no hablamos de *masculinidad* en singular, sino de *masculinidades* en plural, no podremos pensarlas desde lo abstracto como si se tratara de identidades fijas y estables, sino que tendremos que comprenderlas en relación con los otros ejes de poder que las configuran. Por ejemplo, si pensamos en un hombre, lo que hará singular su experiencia de masculinidad será el conjunto de elementos y relaciones sociales que se intersectan: si es cis, trans*, heterosexual, bisexual, gay, blanco, racializado, precario, de clase media, estudiante, de origen urbano, con creencias religiosas y un largo etcétera que situará esta persona en posiciones de poder diferentes, dependiendo de los ejes. Así pues, podemos decir que hay un conjunto amplio y variado de elementos que singularizarán su experiencia de masculinidad, sin embargo, al mismo tiempo, para hacer que esta experiencia pueda ser comprendida y socialmente reconocida, tiene que reproducir las normas de la Masculinidad hegemónica, en mayúscula y en singular.

35. Más información en el apartado 1.3.1 de esta guía.

La representación social de la Masculinidad hegemónica se presenta como fuerte, vigorosa, activa, violenta, etcétera, pero también blanca, de clase alta, con capacidades estándares, joven, ajustada a los cánones de belleza. Eso nos da pistas de quién se queda fuera del club de la Masculinidad. Por ejemplo, desde los movimientos sociales de la diversidad funcional, algunos activistas como Antonio Centeno señalan que los hombres con diversidad funcional están excluidos de la Masculinidad y sufren el malestar de un modelo de género tan rígido. Otros activistas como Andrea García-Santesmases y Asun Pié Balaguer (2015) señalan que los hombres con diversidad funcional sufren violencia heteropatriacal como consecuencia de tener unas corporalidades, comportamientos y prácticas que no cumplen con los mandatos (productividad, actividad, potencia, valentía, virilidad, fuerza, etcétera) de la Masculinidad hegemónica.³⁶

Al mismo tiempo, si nos fijamos en los anuncios publicitarios de cualquier gimnasio donde la testosterona parece la principal protagonista, encontraremos hombres aspirando a producir un cuerpo que encaje con la norma. Y es que, como hemos comentado, la Masculinidad hegemónica necesita una repetición de las normas, una performance de género que ocupe mucho espacio corporal físico (pero también con la mirada, la palabra, la risa), de actos que denotan o que manifiestan la posición de poder que ocupa, la jerarquización sobre la cual se sustenta y que sitúa por debajo de todo al resto de los sujetos sociales.

Esta jerarquización se sostiene a través del mecanismo de la violencia y la exclusión. Por lo tanto, la performance de la Masculinidad hegemónica siempre estará relacionada con las violencias de alguna manera y tendrá que estar continuamente diferenciándose de lo femenino y de lo feminizado socialmente, es decir, de lo subordinado. La Masculinidad solo puede ser posible si hay una feminidad con la cual contrastarse y confrontarse, que siempre será considerada inferior. Esta feminidad tampoco es ninguna esencia biológica, sino que actúa como metáfora del resto de las posiciones sociales subordinadas, posiciones feminizadas.

Estas ideas nos dan claves para entender las violencias machistas. La educación recibida naturaliza y normaliza las violencias machistas hacia las mujeres y las invisibiliza. Violencias cotidianas como los chistes sexistas, el hecho de compartir fotos de carácter sexual en los chats, piropear, ver pornografía en la que se denigra a las mujeres, ser uno baboso a la hora de ligar, decir a otro hombre “marica” como forma de desprestigiarlo, son ejemplos de violencias invisibles que nos hablan del contexto cotidiano e impune de las violencias machistas. La violencia consustancial que acompaña al modelo hegemónico de Masculinidad despliega ondas que afectan a todos los sujetos sociales: las mujeres, otros hombres (a través de la homofobia, la presión de grupo, la dinámica de defensa y ataque) y ellos mismos a través del mecanismo del riesgo como mandato que abordaremos en el apartado siguiente.

36. “Esta posición *outsider* puede ser vivida como una expulsión del espacio deseado o como una liberación de las normas y exigencias que rigen. El cambio corporal no conduce automáticamente a la ruptura de los imaginarios tradicionales de género y la promulgación de prácticas y valores alternativos en este sentido, pero sí que potencia la modificación y el cuestionamiento de ciertas pautas en relación con la masculinidad y la feminidad hegemónicas.” (García-Santesmases, Vergés y Almeda, 2017b, traducido del inglés).

2.1.1. El riesgo como mandato: estereotipos y roles de género masculinizados en el ámbito de la Sexualidad hegemónica

En este apartado, queremos reflexionar sobre cómo se aprende a ser hombre y como eso afecta a la manera de vivir las sexualidades y las decisiones que se toman sobre la propia salud sexual. El cuerpo de los hombres es, en general, percibido como menos complejo que el de las mujeres y se anima a la relación con los genitales y se celebra desde pequeños: se habla de polución y de masturbación con naturalidad. No obstante, esta naturalidad no comporta en absoluto que se cuide más el cuerpo. Más bien genera el efecto contrario. La masculinidad tradicional celebra la autosuficiencia y el autocontrol y condena cuidar de uno mismo, asocia la enfermedad a la falta de vigor y la consulta médica se considera un fracaso. De hecho, estos mismos valores masculinos (valentía, fuerza, virilidad) son los que conducen a muchos hombres a asumir prácticas de riesgo (conducción temeraria, deportes extremos, consumo de drogas, para poner algunos ejemplos) que, de manera significativa, producen lesiones permanentes (Castillos y Subirats, 2007).

Las prácticas de riesgo, homosexuales o heterosexuales, son la expresión de un modelo que minimiza los riesgos y que coloca la noción de tener cuidado en las mujeres, que asumen la sobrecarga de ocuparse de la salud de la familia, de la prevención y de la anticoncepción. En este sentido, Luis Bonino (2011, p. 184) destaca que los valores asociados a la Masculinidad “favorecen la producción de maltratos de diversos tipos con graves daños para la salud y la vida de mujeres y niñ@s, 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 l@s hij@s, así como el contagio de infecciones de transmisión sexual por rehusarse al uso de medios preventivos”.

Podemos añadir también una percepción de la sexualidad masculina como necesidad; la excitación es una especie de impulso sexual incontrolable, un malestar o tensión achicharrante que se tiene que sacar de encima cuanto antes mejor: “el placer es visto como una manera de descargar tensiones, de liberarse de la excitación y del deseo” (Calvo, 2008).

Esta manera de entender el funcionamiento de la sexualidad masculina naturaliza las relaciones de desigualdad entre hombres y mujeres, genera malestar cuando no se puede cumplir “como un hombre” y actúa como un factor de vulnerabilidad al influir en las decisiones que los hombres toman respecto del cuidado de su salud sexual. Al mismo tiempo, legitima y produce violencias sexuales contra las mujeres con fuertes repercusiones; es en este sentido que entendemos la Masculinidad hegemónica como un factor de riesgo para la salud sexual de las personas.

Competir como manera de demostrar nuestra valía como hombres, de vivirnos y vernos sometidos a la tiranía de ser un hombre heterosexual poderoso que tiene que ligar mucho y siempre, de no demostrar sentimientos y, además, de ser un ser supremo en todas las relaciones sexuales, es una situación que genera desigualdades, injusticias y malestares. Nos coloca en lugares donde no queremos estar y coloca a las mujeres en una situación de subordinación que no se merecen.

Por todo lo que hemos comentado, la promoción de la salud sexual con la mera recomendación del uso del preservativo o de las prácticas seguras sirve de poco si no va acompañada de un trabajo de fondo que cuestione el modelo de Masculinidad.

Para abordar este trabajo de fondo, apostamos por abrir una puerta que casi nunca se explora en los hombres: la de la vulnerabilidad. Esta puerta nos permite explorar los estereotipos vinculados a “dar la talla”, el tamaño del pene, la eyaculación precoz, etcétera, para revelar la parte performativa de su posición de poder y para dejar de representar la Masculinidad como una cosa intocable e inamovible.

A través de la capacidad transformadora de la vulnerabilidad, podemos desmitificar la potencia masculina. Este es un trabajo indispensable para desmontar la cultura del riesgo como mandato y para romper las dinámicas de representación del poder y las complicidades machistas, que generan profundas violencias, la vulneración de los derechos sexuales y la disminución de la salud sexual de las personas.

Abrir la puerta a la potencialidad transformadora de la vulnerabilidad y animar a los hombres a construir una mirada crítica sobre la Masculinidad es, sin embargo, un proceso complejo. El camino es largo; requiere tener en cuenta continuamente la manera de pensar, sentir y actuar, la articulación de las relaciones sociales y de los vínculos, sabiendo que, de partida, se ocupa una posición privilegiada. Nos podemos encontrar con muchas resistencias, con la incomodidad que genera la culpa, con el espejismo de la igualdad... y es que la revisión crítica de la Masculinidad comporta la renuncia de ciertos privilegios, dejar de ocupar espacio, repensar la identidad propia y la relación con las y los demás.

Es por todo lo que hemos expuesto que, para la promoción de la salud sexual y de los derechos sexuales, consideramos indispensable generar intervenciones comunitarias enfocadas a repensar críticamente la cuestión de la Masculinidad; a mostrar los privilegios masculinos como privilegios machistas, como una recompensa no deseable para nuestras vidas y nuestras comunidades; en definitiva, a generar procesos colectivos de transformación política que contribuyan a una sociedad más justa.

2.1.2. Estrategias para cuestionar el modelo hegemónico de masculinidad y promocionar la revisión y el cambio de la identidad masculina

A continuación, presentamos un conjunto de estrategias que nos facilitan abrir espacios de cuestionamiento del modelo hegemónico de Masculinidad:

- Crear espacios donde se expresen las opiniones sobre el género, las percepciones y las experiencias a través de las cuales se construyen la masculinidad y la feminidad.

- Evitar caer en la imagen estereotipada de la Masculinidad hegemónica encarnada por alguien muy alejado de nosotras y entender que todas las personas socializadas como hombres tienen cosas que hay que revisar, ya que el poder y los privilegios son una cuestión estructural. Por lo tanto, el primer paso es ser conscientes de cómo estamos actuando para mantener y reforzar esta sociedad machista.
- Visibilizar que la educación emocional y sexual que han recibido a las personas socializadas como hombres las ha posicionado en un lugar de privilegios. Renunciar a los privilegios no es fácil, porque supone renunciar al poder que se asigna socialmente de manera injusta.
- Prestar atención a los aspectos que construyen la Masculinidad, es decir, los procesos de socialización diferencial: visibilizar la masculinidad como algo que tiene que ser constantemente demostrada a través de mecanismos como el ataque constante y la presión de grupo. Y generar procesos de reflexión sobre cómo romper estas lógicas, que generan desigualdades y malestares.
- A la hora de construir nuevos discursos sobre las masculinidades, primero de todo y como premisa imprescindible, hay que situar en un lugar central el rechazo a cualquier manifestación de violencia machista y violencias sexuales. Trabajar los costes de la masculinidad tradicional, sustentada en el sexismo y la homofobia. Romper con la estrategia de no traición de las complicidades machistas, y visibilizarlas también como violencias machistas.
- Trabajar a escala individual para cambiar las dinámicas relacionales entre hombres y mujeres, con el fin de construir formas de relación igualitarias y respetuosas que nos permitan, a todas y todos, poder vivir en libertad; pero también incluir la perspectiva comunitaria: el trabajo individual es necesario, pero no suficiente, ya que se trata de una cuestión colectiva que requiere transformar políticamente la estructura social.
- Apostar por una propuesta radical de transformación social que ponga en el centro la afectividad, la vulnerabilidad y los cuidados.

2.1.3. Elementos para la prevención de agresiones sexistas a la hora de trabajar con población masculina

A la hora de llevar a cabo intervenciones en salud sexual e incorporando como objetivo de primer orden la prevención de las agresiones sexistas, consideramos que es imprescindible tener en cuenta los procesos de construcción y socialización de la Masculinidad hegemónica. Proponemos un trabajo específico de algunos discursos y creencias muy arraigados en nuestra sociedad, para prevenir las violencias machistas:

- **Hay que romper la asociación que establece la Masculinidad hegemónica entre sexualidad, poder, posesión.** Es necesario revisar críticamente las maneras de relacio-

narnos afectiva y sexualmente; lo que hemos aprendido y está legitimado socialmente muchas veces no ayuda a crear relaciones realmente igualitarias y respetuosas.

- Es importante entender que **cualquier agresión, de cualquier tipo, es una forma de agresión sexual hacia las mujeres**. Romper con estas formas y deslegitimarlas es un gran paso.
- **La impulsividad sexual masculina no es la causa de las violencias sexuales**. Las causas de las violencias sexuales están arraigadas en las creencias sociales machistas que legitiman el derecho de poder agredir, abusar y controlar los cuerpos, la sexualidad y, en definitiva, la vida de las mujeres.
- Es imprescindible **aprender a identificar, desnaturalizar y dejar de normalizar las violencias sexuales**. O renunciamos al machismo cotidiano o las violencias sexuales nunca desaparecerán. Cualquier acto, por pequeño que sea, contribuirá a poner fin a la sociedad machista y, por lo tanto, a las violencias sexuales.
- Y, por último, **en el caso del contexto de ocio nocturno, hay que entender que se trata de un espacio que tiene la particularidad de asumir una alta tolerancia al acoso y a las agresiones de carácter sexual**. Socialmente, el consumo de alcohol y otras drogas es leído como un atenuante para los hombres que agreden, mientras que, a las mujeres que son agredidas, si hay consumo, se les suele atribuir la culpa de haber sufrido una agresión machista. “Asediar no es ligar”: hay que romper con el clima de impunidad ante el acoso y las agresiones, a veces, normalizadas.

2.2. Los cuidados desde la perspectiva feminista en la gestión de las sexualidades

2.2.1. Los cuidados en la vivencia de las sexualidades como pieza clave de la promoción de la salud sexual

¿Cómo entendemos los cuidados? ¿A quién se cuida? ¿Quién cuida? ¿Desde dónde se cuida? Son preguntas que pueden ayudarnos a reubicarnos en la visión y el valor que han tenido los cuidados en nuestra sociedad.

En este apartado, queremos reflexionar en torno a los valores vinculados con los cuidados para ayudar a las agentes comunitarias a incorporar, en sus intervenciones, estrategias de cuidados de la salud sexual que tengan presentes como objetivos:

- Transformar las creencias y las dinámicas asociadas a los cuidados, arraigados en la cultura patriarcal.
- Positivizar, dar valor y dar centralidad a los cuidados relacionados con la salud sexual.

Las sociedades, como hemos comentado,³⁷ se mantienen a través de sistemas de creencias. Uno de los valores que determina este sistema es el de los cuidados, que incluye el cuidado de una misma y el cuidado “de los y de las demás”. Así podemos recoger esta definición:

[...] “El cuidado es una actividad específica que incluye todo lo que hacemos para mantener, sustentar y reparar nuestro mundo, de modo que podamos vivir en este de la mejor manera posible. Este mundo incluye nuestros cuerpos, nuestro ser y nuestro ambiente, todo lo que buscamos para entretener una compleja red del sostenimiento de la vida”. (Fisher y Tronto, 1990; citado en Tronto, 2006, p. 5, traducido del inglés)

Esta definición incluye tanto los cuidados hacia una misma como los cuidados hacia “los y las demás”. No obstante, y de igual manera que otras prácticas cotidianas, los cuidados se han visto determinados por el sistema de creencias heteropatriarcales, que ha dado lugar a una serie de ideas, concepciones y explicaciones en torno a estos. Así, los mandatos de género construidos socialmente colocan a las mujeres en el marco de los cuidados, otorgan a las mujeres la responsabilidad de los cuidados y hacen de las mujeres “las cuidadoras natas” del “otro” (la pareja, la hija o hijo, la familia, el equilibrio, la tierra, la paz... y todo el resto del mundo mundial).

37. Más información en el apartado 1.1 de esta guía.

Es por eso por lo que nosotras definimos cuidados como las actividades que se llevan a cabo para el mantenimiento de la vida y la salud, históricamente relegadas al ámbito privado y atribuidas a las mujeres, como consecuencia directa de la separación de los espacios y funciones de mujeres y hombres dentro del sistema patriarcal.

Los mandatos de género también explican que las mujeres “sabemos cuidar” y que practicar el cuidado forma parte de nuestra herencia cultural. Así, la disponibilidad, la amabilidad, la confortabilidad, el saber estar confluyen en este cuidado del otro o la otra. Los valores de la femineidad están hechos para “sostener” (incluso el sistema heteropatriarcal mismo) y así se configuran nuestros vínculos emocionales.

[...] “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)

Esta construcción social del género desde el modelo hegemónico comporta, tal como mencionamos anteriormente, que las maneras de *ser mujer* y de *ser hombre* y de ser hombre y sus formas de expresión también pasen por las formas en las que aprendemos a sentir, un elemento clave en la práctica del cuidado.

[...] “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)

Por eso, resulta imprescindible revisar y crear un debate en torno al concepto de cuidados, entendidos, tal como se proponía desde el marco de la economía de los cuidados, como un conjunto de actividades que se llevan a cabo cotidianamente tanto en la esfera pública como en la esfera privada, y que permiten hacer frente a las necesidades físicas, psicológicas y emocionales que tenemos las personas a lo largo del ciclo vital. Esta noción, impulsada desde la economía feminista, pretende politizar los cuidados y construirlos como un objeto de intervención pública y de acción social y económica.

La manera de entender los cuidados tiene consecuencias fundamentales en la salud sexual, tal como lo hemos conceptualizado en los bloques anteriores; por una parte, lo que es emocional forma parte activa del establecimiento de vínculos y afectos y es vivido como una dimensión clave en el contexto de las sexualidades. Y por la otra, cómo nos construimos de acuerdo con el género, es decir, las maneras de *ser mujer* y de *ser hombre* y sus formas de expresión emocional y comportamental, afecta a cómo se es objeto o sujeto del cuidado; en definitiva, cómo nos vinculamos y nos relacionamos con los demás y cómo entendemos la salud sexual.

Tal como hemos mencionado antes, las características de lo que es femenino (la disponibilidad, la amabilidad, la confortabilidad, el saber estar, etcétera) se dirigen a los cuidados del otro y eso, por ejemplo, hace que durante las relaciones sexuales (heteropatriarcales) también se traduzca a estar pendiente de las necesidades del otro y a satisfacerlas antes que las propias, cosa que comporta, entre otros efectos, relegar el propio placer al de la pareja. Dentro de este ámbito de la salud sexual encontraríamos otro ejemplo en las dificultades para hablar sobre medidas de prevención.

En este sentido, la idea de poner fin a estas dualidades generalizadas es un objetivo de primer orden para la promoción de la salud que nos ofrece algunas pautas y nos lleva a una redefinición de los cuidados para un abordaje mucho más amplio y complejo de todos los contenidos relacionados o relacionables con los cuidados en salud sexual.

Algunas concepciones sobre la identidad de los sujetos pueden ayudarnos a generar otros marcos de relación en y para la sostenibilidad de la vida. Destacamos tres concepciones que nos parecen clave para redimensionar los cuidados: **el concepto de vulnerabilidad, el concepto de interdependencia y el principio de autonomía.**

Según Butler (2006), los sujetos somos **interdependientes y vulnerables** por lo cual establecemos una relación de dependencia mutua con el resto de los sujetos. La vulnerabilidad y la interdependencia nos ayudan a pensar las interseccionalidades de nuestras identidades y las de las demás personas, así como nuestra responsabilidad y nuestra capacidad de acción hacia los cuidados.

Todas las personas existimos en situaciones de vulnerabilidad. La vulnerabilidad es constitutiva de la identidad (lo humano es vulnerable). La vulnerabilidad se puede explicar ante la presencia y la vivencia de la pérdida: tanto de personas próximas como de bienes o de reconocimiento social. Esta presencia constante de la pérdida en nuestra vida hace que nos veamos como seres vulnerables y, por lo tanto, dependientes las unas de las otras. Darnos cuenta de esta vulnerabilidad hace que reconozcamos que vivimos en una situación de interdependencia “en un mundo de seres por definición físicamente dependientes unos de otros, físicamente vulnerables al otro” (Butler, 2006, p. 53).

También implica luchar por hacer que se reconozca que nuestra vulnerabilidad, las necesidades diferentes en cada ciclo vital y los cuidados (y también el autocuidado) están intrínsecamente ligados a satisfacer y a atender las necesidades que podamos tener en cada momento vital.

Entender la vulnerabilidad desde esta propuesta comporta reconocer que necesitamos a las otras personas que dan sentido a nuestra vida y la hacen más vivible y que, fuera de esta sociabilidad que implica la vulnerabilidad humana, no nos es posible construir políticamente ninguna alternativa colectiva.

Es este reconocimiento de la vulnerabilidad el que establece las bases de la intervención comunitaria, y hace que todas las personas que formamos parte de esta comunidad compartamos la experiencia de la pérdida. Adoptar una postura ética y política que incorpore la vulnerabilidad, la interrelación y las interdependencias supone la aceptación de nues-

tras responsabilidades: se nos insta a responder a las demandas de las personas, conocidas o no, y al mismo tiempo se nos reafirma que, vista nuestra indiscutible vulnerabilidad, necesitamos a las demás para sobrevivir y vivir una vida digna.

Por otra parte, la **autonomía** deriva del concepto *capacidad-competencia* y supone el derecho a tomar las decisiones que nos conciernen vitalmente, incluso de equivocarse a la hora de realizar la propia elección. **Autonomía significa, en el ámbito de la salud, básicamente 'empoderamiento'**. Y, en todo eso, se deben tener en cuenta dos condiciones esenciales: poseer la libertad necesaria para actuar de una manera independiente y tener la capacidad para actuar intencionadamente. Estas dos condiciones comportan, por una parte, la eliminación de cualquier violencia que pudiera imposibilitar el ejercicio de este derecho, y, por la otra, facilitar las herramientas y los recursos adaptados a cada momento vital que capaciten e informen a las personas para tomar decisiones sobre su salud sexual. Todo supone nuevamente la necesidad de garantizar los derechos sexuales.

Cualquier intervención en salud comunitaria tiene que pretender no solo mejorar la salud de la comunidad, sino también las capacidades de las personas que la componen, para que decidan por sí mismas qué aspectos de su salud son mejorables y cómo tienen que mejorarse. Así la OMS, en su compromiso por la promoción de la salud, mencionaba explícitamente:

[...] “[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 y Bienestar Social Canadá y Asociación Canadiense de Salud Pública, 1986)

La redefinición crítica de los cuidados nos permite trascender los mandatos y las normas imperantes y encontrar fórmulas creativas más **autónomas** para el cuidado de nuestra salud sexual, pero también más **solidarias, recíprocas** y basadas en el **apoyo mutuo**. Nos lleva a repensarnos a nosotras mismas y a ser un poco más autónomas, pero también nos permite repensar cómo construimos y vivimos nuestros vínculos con las demás personas, y aligerarnos de las imposiciones normativas.

Aprender a desarrollar los cuidados desde este enfoque nos permite disfrutar de nuestros derechos y puede ser un buen camino para reapropiarnos del espacio robado, un acto político transformador con significado propio que reivindica nuestro derecho a vivir nuestras sexualidades de manera plena y placentera.

2.2.2. Estrategias para la promoción de cuidados en salud sexual desde una perspectiva interseccional que permita tener en cuenta todos los placeres, todos los cuerpos y todas las prácticas sexuales y sus necesidades

Partimos de la premisa de entender la **salud sexual** de la manera siguiente: “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). Así pues, el cuidado de la salud sexual sería la puesta en marcha de estrategias que posibiliten este proceso dinámico del bienestar. Y para conseguir la salud sexual es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen.

[...] “[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)

Añadir a esta propuesta una perspectiva interseccional comporta, entre otras cosas, tener en cuenta las necesidades de las personas y puede explicar los diferentes aspectos interrelacionados en el concepto más amplio de la salud sexual y de las sexualidades. Todo eso se hace para poder, por una parte, disfrutar de la relación con nosotras mismas y con otras personas, con espacio para afectos, sensaciones y placeres, en contextos de respeto y de cuidados a nuestra persona y a nuestro cuerpo. Y, por otra parte, sirve para destacar que las intervenciones tienen que dar respuesta a las necesidades de las personas en la medida en que piensan, sienten, fantasean, inventan o son capaces de querer una vida, una vida como seres para sí mismas.

Para poder tomar decisiones sobre nuestra vida y nuestra salud es necesario tener información veraz sobre qué se puede hacer y cómo hacerlo para disminuir los posibles riesgos y cuáles son las alternativas. Sin embargo, para que la información nos sea útil y la podamos utilizar, harán falta otros elementos, algunos vinculados con la existencia y el ejercicio de los derechos que ya hemos planteado, y otros vinculados a poder pensar qué hacemos, cómo hacemos lo que hacemos, por qué hacemos lo que hacemos, y poder tomar decisiones sobre nuestra salud y nuestro bienestar a partir de esta reflexión.

Las creencias culturales y los estereotipos sociales nos pueden llevar a comportamientos que pueden exponernos a situaciones de riesgo. Eso se explica mediante el hecho de que estas creencias están tan interiorizadas y “naturalizadas” en cada una de nosotras que no nos damos cuenta de cómo influyen en nuestra manera de actuar. *Ser mujer o ser hombre* influye en nuestros comportamientos, en lo que hemos aprendido sobre lo que se espera de una mujer o de un hombre en relación con la sexualidad, sobre cómo cuidarnos y cómo cuidar a los y las demás, sobre lo que se puede decir o hacer o desear, o lo que se tiene que demostrar. Estas creencias influyen en el establecimiento de relaciones

desiguales, que posibilitan que las personas con posiciones de más desigualdad social queden expuestas, por ejemplo, a situaciones de más vulnerabilidad y más riesgo ante el VIH, entre otras ITS. Las relaciones y los contactos sexuales a menudo tienen lugar en situaciones de desigualdad, violencia o coerción, tanto en las relaciones de pareja como en otras circunstancias, y pueden dificultar o impedir la prevención y el cuidado de la salud sexual. Aunque es difícil hablar de ello, es importante tener acceso a servicios y personas que nos puedan ayudar a cuidarnos y protegernos.

Desde esta perspectiva interseccional y con un enfoque en derechos, para la promoción de cuidados en salud sexual es imprescindible, entre otros:

- Ayudar a las personas a definir sus propias necesidades, problemas e inquietudes y crear un espacio de reflexión o de expresión de su sexualidad. Hay que hacerlo, sin embargo, teniendo en cuenta que los contextos en los que vivimos son cambiantes e influyen en cada una de nosotras, que también estamos en cambio constante. Es por eso por lo que **hace falta posibilitar y adecuar las estrategias a las necesidades de las personas en cada momento vital en el que se encuentren, teniendo en cuenta su diversidad (edad, contexto de vulnerabilidades, procesos e historia vital, etcétera)**. Se trata de reconocer a la persona como protagonista de sus ideales de vida y con la capacidad de pensar, de sentir, de querer y de comportarse en consecuencia, y de relacionarse intencionalmente con el mundo. En definitiva, reconocer su capacidad de construir su propia existencia y, consecuentemente, los cuidados para vivirla digna y placenteramente.
- Posibilitar la autonomía de las personas en cada momento vital desde el respeto a la diversidad, informándolas como es debido y dándoles posibilidades para tomar decisiones que permitan el cuidado de su salud sexual. Todas las personas tenemos capacidad para tomar decisiones sobre nuestra vida si nos dejan. **Desde la promoción de la autonomía se contribuye al empoderamiento de las personas en relación con su salud sexual y se facilita la participación de las personas en las políticas que afectan a su cuidado**. En el caso de las personas jóvenes, uno de los retos fundamentales es encontrar el equilibrio entre el derecho de las personas jóvenes a ser protegidas y su derecho a participar y tomar la responsabilidad de ejercer sus propios derechos. Dado que cada persona joven se desarrolla a su propio ritmo, no hay una edad estándar en la que ciertos derechos sexuales y ciertas protecciones ganen o pierdan importancia. Por lo tanto, conseguir el equilibrio entre la protección y la autonomía es un proceso complejo que requiere tener en cuenta las capacidades de cada persona joven individualmente. Eso implica asegurar un ambiente propicio para el desarrollo, a la vez que se garantiza la protección y el cumplimiento de los derechos sexuales en todas las edades, especialmente cuando las personas se encuentran faltas de los conocimientos, las habilidades o la experiencia para protegerse plenamente a sí mismas.

En el caso de las mujeres, repensar sus sexualidades implica hacerlo desde la autonomía; cada mujer tiene que poder situarse en el centro de su vida, de su sexualidad, de su placer y de sus preferencias, de lo que la excita o de su deseo, conociendo las posibilidades existentes y escogiendo, las que más le gusten, sin embargo, todo eso, lo

tiene que hacer siendo muy consciente de los contextos de violencias que “imposibilitan” que las mujeres puedan ejercer sus derechos, incluido el derecho al placer.

- Educar en conocimientos, habilidades, actitudes, valores y derechos, que tengan en cuenta aspectos como: género, salud sexual y reproductiva, ciudadanía sexual, placer, violencias, diversidades, relaciones, etcétera. Esta educación comporta posibilitar el acceso a la información y la adquisición de conocimientos sobre la prevención de las ITS, los embarazos no planificados, el derecho a decidir, cómo cuidarse, cómo acceder a los recursos, cómo conocer el propio cuerpo (considerado como un espacio de experiencia y de expresión de nuestros sentimientos y emociones, fuente de sensaciones muy diferentes entre sí —que van del dolor al placer—, pero que son, todas, importantes en la construcción de nuestra subjetividad y de nuestra ciudadanía). Esta educación nos tiene que permitir reconocer las necesidades propias en cada momento, conocer los derechos sexuales y las situaciones que impiden su pleno ejercicio: las violencias machistas, la LGTBIfobia, la xenofobia, la discriminación y la estigmatización hacia las personas con VIH (serofobia), etcétera. Pero también es necesario generar espacios para adquirir habilidades y aptitudes para el desarrollo personal (el pensamiento crítico, la confianza, el sentido de una misma, la empatía y otros), para el aprendizaje y la expresión emocional, para el establecimiento de vínculos y relaciones igualitarias y respetuosas con la diversidad, así como para el uso de las herramientas de prevención relacionadas con el cuidado de la salud sexual, entre otros. **Esta propuesta de educación sexual tiene que generar aptitudes hacia la vida que promuevan la responsabilidad mutua y que potencien el placer y el disfrute como elementos clave en el cuidado de la salud sexual.**
- Fomentar la erotofilia: repensar la salud sexual desde el disfrute, es decir, poner de manifiesto las posibilidades positivas de las sexualidadeS y fomentar un canto al placer, un canto a la ternura, un canto a la comunicación, un canto a los vínculos afectivos. En definitiva, hay que aceptar la propia historia y las propias contradicciones con comprensión y empatía hacia una misma **y poner en el centro el placer como derecho.**
- Intervenir desde un enfoque de reducción de riesgos en relación con la salud sexual. El riesgo cero no existe, pero tenemos herramientas para disminuirlo. La existencia de riesgos no tiene que ser una limitación para disfrutar. Tomar conciencia de nuestra sexualidad también es tomar conciencia de una misma, de nuestro cuerpo, de nuestras emociones, de nuestras creencias y actitudes, pero también de nuestras dudas y preocupaciones, de nuestros comportamientos y de nuestros deseos. Podemos hacer cosas para cuidarnos. Hay varios grados de seguridad en y para cada práctica sexual. Las estrategias de reducción del riesgo tienen en cuenta todo el espacio que hay entre ningún riesgo y el riesgo máximo. Las personas podemos crear varias estrategias que nos permitan el cuidado de nuestra salud sexual para aprender a vivir y convivir con las enfermedades y las infecciones; en otras palabras, para gestionar nuestra salud.

En el modelo clásico biomédico de salud pública en torno a la prevención y la atención de las ITS, los objetivos del cual son reducir la prevalencia de las ITS, interrumpir la transmisión, acortar la duración de la infección y prevenir el desarrollo de complicaciones en las

personas infectadas, se pone en el centro de la atención el control de la epidemia, desde el cual se promueve la educación para la salud. En este modelo se incluyen comportamientos sexuales más seguros, como el uso del preservativo y también la abstinencia sexual.³⁸ Desde la perspectiva clásica, un comportamiento sexual “responsable” se definiría, entonces, por la adopción de determinadas prácticas y medidas para la prevención de las ITS. Es un enfoque que pone la carga casi exclusivamente sobre las conductas individuales.

Frente a este modelo, otras autoras plantean que el comportamiento sexual “responsable” se expresa en las dimensiones personal, interpersonales y comunitarias. Se caracteriza por: autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar. Una comunidad fomenta los comportamientos sexuales “responsables” cuando proporciona la información, los recursos y los derechos que las personas necesitan para participar en estas prácticas (OPS, 2000).

Para poder conseguir este comportamiento sexual “responsable”, creemos que es necesario un abordaje integral bajo el marco de la prevención combinada. Este marco conceptual desarrollado para dar respuesta a la epidemia de VIH (pero que creemos que también puede aplicarse al abordaje de otras ITS y al cuidado de la salud sexual) comprende los siguientes aspectos:

1. Un conjunto de intervenciones biomédicas y de promoción de comportamientos dirigido a mejorar la salud sexual y de carácter estructural.
2. El hecho de que tiene que estar fundamentado en la evidencia científica y los derechos humanos.
3. El hecho de que esté enfocado a satisfacer las necesidades de las personas y las comunidades, es decir, centrado en las personas y sus contextos. Eso puede concretarse, por ejemplo, en medidas como:
 - Conocer las estrategias que existen para el cuidado de la salud sexual (por ejemplo, cómo prevenir las ITS).
 - Valorar qué estrategias se adaptan mejor a nuestras necesidades (por ejemplo, qué opciones reproductivas son las más viables para una mujer en un momento determinado).
 - Decidir la más apropiada, teniendo en cuenta el momento, el lugar, la persona, etcétera, para después ponerla en práctica.

Este enfoque no solo pone el acento en los actos de cuidado individuales, sino que al mismo tiempo adquiere un significado político, en la medida en que reivindica las diversas posibilidades para vivir unas sexualidades placenteras y la disponibilidad de los recursos para poder hacerlo desde un marco de derechos.

38. La abstinencia sexual también la entendemos como el periodo de tiempo sin relaciones sexuales que transcurre entre la detección de las ITS y su tratamiento antes de que esta pueda dejar de ser transmisible.

2.2.3. La prevención del VIH y otras ITS desde el abordaje integral comunitario

Las ITS³⁹ han formado parte de la historia médica moderna y las respuestas que las sociedades han dado son uno de los ejes de los discursos con los que se ha ido construyendo y regulando la sexualidad. Así, el modelo higienista de salud pública desarrollado en el siglo XIX da cuenta de cómo los discursos y las prácticas médicas sobre las ITS (también conocidas como enfermedades venéreas) estaban fuertemente connotadas desde un punto de vista moral y muy a menudo eran percibidas como resultado de la transgresión de la norma sexual. Esta significación influyó en la percepción del impacto de estas enfermedades, en su esquema epidemiológico y en el desarrollo de las normativas legales, estructuras y recursos utilizados para controlarlas. Esta percepción transitó entre la visión de la enfermedad como pecado-castigo individual y signo de degeneración moral del individuo, y otra visión emergente de la enfermedad como ataque a la sociedad, como peligro social que legitimó la regulación y la construcción social de las “sexualidades peligrosas” (Castejón, 2004). Este modelo ha impregnado gran parte de los discursos epidemiológicos actuales, tal como queda reflejado en el retorno, a raíz de la aparición de la infección por VIH, de algunos de los discursos y estrategias preventivas que se desarrollaron en el siglo XIX y el principio del XX. Conceptos como *vector de la infección o grupos de riesgo*, que criminalizan y estigmatizan sectores determinados de la población, son consecuencia de esta articulación de las “sexualidades peligrosas” que sigue imperando en el modelo actual de abordaje de las ITS, tal como analizaremos a continuación.

El marco de intervención en el abordaje de las ITS

Un modelo de abordaje de las ITS debe tener en cuenta los elementos que faciliten la puesta en marcha de estrategias preventivas de las personas que no están infectadas (la prevención primaria) y de estrategias destinadas al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas que se han infectado (prevención secundaria y terciaria), y que tengan en cuenta los factores de carácter estructural que favorecen la aparición y el mantenimiento de situaciones de más vulnerabilidad a la exposición a las ITS y a sus efectos. Estos factores estructurales, con toda su carga simbólica, tienen que impregnar el marco desde el cual se desarrollan las intervenciones preventivas en ITS.

Las estrategias de prevención, en su diseño y aplicación, están atravesadas por los mecanismos de control que se activan bajo un modelo hegemónico de Sexualidad “amenazado”,

39. Se entiende por *infecciones de transmisión sexual* (ITS) un grupo de infecciones que se transmiten de una persona a otra durante las relaciones sexuales. Son causadas por microbios como virus, bacterias y protozoos o por artrópodos y parásitos. Las ITS afectan sobre todo a los órganos genitales, la piel y la mucosa, pero también se localizan en otras partes del cuerpo, en particular, en el ano y en la boca. Cuando el agente patógeno de la ITS es una bacteria, un protozoo, un artrópodo o un parásito, el tratamiento es curativo. Cuando es un virus, la infección no es curable, pero se puede tratar para reducir la sintomatología y su progresión. Es importante destacar que la mayoría de las infecciones se pueden prevenir.
(información extraída de <https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/i/infeccions-de-transmissio-sexual/>)

de manera que se genera discriminación en el acceso y se limita o se niega la autonomía, la libertad y la toma de decisiones de las personas en la gestión y el cuidado de su propia salud sexual.

Las respuestas a la pandemia del VIH son ejemplificadoras como experiencia situada desde donde efectuar esta lectura, porque la epidemia puso de manifiesto cómo operan el estigma y la discriminación en cuestiones de salud sexual, y a la vez se generaron estrategias colectivas y comunitarias de empoderamiento y resistencia ante la estigmatización. La epidemia del VIH ha colocado en el ámbito de lo posible algunas actuaciones silenciadas y no reconocidas en el discurso hegemónico y nos ha cuestionado sobre nuestras vulnerabilidades. Estas vulnerabilidades sirven como punto de partida, como posibilidad de interrogarnos sobre qué vida queremos vivir y de crear resistencias ante las situaciones que vulneran nuestros derechos.

Analizaremos estas vulnerabilidades desde el paradigma de las “sexualidades peligrosas” y los mandatos de género y desde el estigma asociado a vivir con el VIH. Esta elección también está determinada por el hecho de que las entidades que hemos elaborado esta guía hemos estado y estamos vinculadas a la prevención, la atención y la incidencia en temas de VIH. Desde nuestra experiencia en el ámbito del VIH, queremos reforzar una mirada crítica que permita desmontar los discursos en torno a los “grupos de riesgo” que han atravesado las políticas de prevención y cuidados en salud sexual, con la finalidad de incorporar un modelo de abordaje de las ITS desde la promoción de la salud sexual que atienda la diversidad, los contextos de vulnerabilidad y los derechos.

Vulnerabilidades y sexualidades transgresoras

El imaginario colectivo sobre la infección por VIH (“las metáforas del sida”, en palabras de Susan Sontag, 1996), construido en los inicios de la epidemia, ha impregnado las políticas públicas en su abordaje e intervenciones, y se convierte en ilustrador de la articulación de los mecanismos de control sobre las sexualidades transgresoras del modelo hegemónico.

Las primeras noticias sobre el VIH pusieron de manifiesto la construcción tanto de una identidad, “los portadores” –las 4 H: homosexuales, heroinómanos, haitianos y hemofílicos fueron identificados como los portadores de la infección (siempre en masculino)–, como del señalamiento de ciertos colectivos como un “otro” peligroso –“grupo de riesgo”– que amenazaba a la “población general” –inocente, por descontado–.

En el caso de los homosexuales, fueron acusados de tener y practicar las “sexualidades peligrosas” y así se resignificaba el mandato del riesgo asociado a la masculinidad por el de “perversión”. Desde esta posición, las intervenciones dirigidas a este colectivo estigmatizaban y criminalizaban a los hombres gays y, especialmente, los hombres gays infectados, asociados a vectores de la infección (y, por lo tanto, responsables de la expansión de la epidemia). No podemos olvidar que se denominó al sida *peste rosa*.

Posteriormente, las intervenciones de salud pública se encaminaron a poner el acento en los “comportamientos de riesgo” como una manera de dar una respuesta aparentemente

neutral, sin las connotaciones estigmatizadoras del señalamiento, y se renombraron bajo el paraguas de estrategias preventivas dirigidas a “hombres que tienen sexo con hombres” (HSH), de manera que se englobaba “una determinada población bajo el paraguas de la conducta sexual sin tener en cuenta la identidad, la orientación o la opción sexual ni el perfil sociocultural” (Comitè 1r de Desembre, 2017). Para nosotras no se trata de una neutralidad real, sino que responde a una manera de intervenir en salud sexual que pone el acento en el componente biomédico y conductual, sin considerar las identidades, los cuidados y los contextos en los que se desarrollan estas prácticas.⁴⁰

Hay que tener presente que hasta el 2006 no se publicó ninguna campaña institucional para la prevención del VIH dirigida específicamente al colectivo “HSH”. Fueron las entidades LGTBI+ y las entidades que trabajaban en el VIH las que generaron, a lo largo de más de diecisiete años, las intervenciones preventivas y de cuidados dirigidos especialmente a los hombres gais, como estrategias de resistencia ante unas políticas públicas de salud LGTBifóbicas.

Sin embargo, en estas intervenciones y campañas de prevención, las personas trans* siguen sin ser visibles. Las mujeres trans* han quedado incluidas en la categoría de “HSH”, hecho que las ha desposeído de su identidad o las ha asimilado a otro de los “grupos de riesgo” estigmatizados, el de las mujeres que ejercen trabajo sexual, en el que han sido señaladas históricamente en el contexto de las ITS. Las mujeres “prostitutas” es el grupo en el que recae la mayor censura moral, por su transgresión de los mandatos de género, y, además, el estigma asociado a la prostitución actúa como un poderoso mecanismo de control sobre el ejercicio de la sexualidad femenina. De hecho, el estigma de “puta” se aplica no solo a las mujeres que ejercen la prostitución, sino también a todas las mujeres que no se ciñen a los patrones normativos de feminidad hegemónica, a todas las mujeres que evidencian su deseo sexual y ejercen activamente su sexualidad.

El estigma es expresado a través de la responsabilidad simbólica de la transmisión de las ITS a la “institución familiar”, acompañada de la culpabilización o el castigo para pervertir el mandato de género, que se traduce, al mismo tiempo, en una exención de responsabilidad de los hombres clientes de la prostitución, amparada en la percepción de la sexualidad masculina como necesidad, en el que la excitación es una especie de impulso sexual incontrolable y en respuesta al paradigma del “mal necesario” de la prostitución, que refuerza el estigma asociado.

Es una visión de la prostitución que oscila entre la responsabilidad y la culpa, tal como lo reflejan las políticas higienistas del siglo XIX, con prácticas como la obligatoriedad de los controles sanitarios –que continúan vigentes hoy en día–, construidas desde la identificación de la prostitución con las mujeres que lo ejercen, mujeres desposeídas de identidad propia, que dejan de ser sujetos de derechos para transformarse en objetos de

40. El Comitè 1r de Desembre –Plataforma de ONG-SIDA de Catalunya– propone hablar de “hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres” como manera de englobar todas las identidades, las situaciones y las maneras de expresar y vivir la sexualidad y las relaciones afectivas.

intervención, motivo de control, sin identidad sexual ni autonomía y, por lo tanto, sin poder de decisión sobre su sexualidad y, en consecuencia, sobre el cuidado de su salud sexual.

Estas políticas y prácticas sanitarias se entretajan con políticas sociales, con ordenanzas municipales que sancionan a las mujeres o con leyes excluyentes como la Ley de extranjería, en las cuales confluyen varios ejes de discriminación y que están motivadas por la asociación simbólica de la prostitución con la delincuencia y la alteración de la convivencia ciudadana y, por otra parte, con la migración “ilegal”, fruto de la feminización de los flujos migratorios de las últimas décadas. El resultado de estas políticas de persecución y criminalización es la clandestinidad e invisibilidad de estas mujeres, contextos propicios para la vulneración de derechos y con repercusiones directas sobre su salud sexual.

Estos contextos dificultan la posibilidad de escoger espacios seguros donde poder ejercer la prostitución, restringen los márgenes de negociación de prácticas más seguras y suponen una barrera para el acceso a los recursos sociales y sanitarios, por miedo a la estigmatización y la discriminación.

En el caso de las personas consumidoras de drogas por vía intravenosa, otro de los grupos marcados, el estigma ha oscilado entre la asociación a la delincuencia y a la marginalidad, bajo el estigma del “yonqui”, o a la enfermedad, representada por la identidad del “tóxicómano”. De acuerdo con estas identidades, se han elaborado respuestas que han basculado entre la criminalización y la medicalización y han puesto en cuestión la racionalidad y la autonomía de las personas consumidoras, que oscilan entre la peligrosidad social y la enfermedad, y que, por lo tanto, son objeto de persecución o de tutela institucional.

El estigma, en el caso del consumo problemático de drogas, se mantiene aunque haya desaparecido el consumo, tal como indica el uso, por parte de algunas modalidades de tratamiento, del prefijo “ex” para referirse a las personas: “exdrogadicto”, “extoxicómano”, etcétera. Se configura, pues, una identidad ligada a unas prácticas, la identificación de la persona con el consumo, que ha permeado las estrategias preventivas en materia de VIH, centradas en el modelo biomédico y en el comportamiento de riesgo –programas de intercambio de jeringas–, totalmente desvinculadas de las expresiones de las sexualidades presentes en las personas que consumen, como si se tratara de personas “asexuadas”.

El consumo de drogas está tradicionalmente asociado al riesgo y a la transgresión, mandatos de la Masculinidad hegemónica, pero incompatibles con los mandatos de la femineidad de cuidado y autocontrol, de manera que las mujeres quedan situadas en la confluencia de dos procesos de estigmatización, el del consumo y el de la transgresión del mandato de género, hecho que implica más vulnerabilidad en el contexto de la salud sexual. Estas estigmatizaciones se traducen en estrategias de control social, que cuestionan su manera de vivir, su sexualidad y su maternidad, y que parten de la negación de sus capacidades de autocuidado, de resistencia y de autonomía.

En el cruce de las drogas y las sexualidades transgresoras, sería interesante cuestionar los nuevos significantes y significados que están apareciendo en la situación emergente

del *slamming*⁴¹ en el contexto del *ChemSex*,⁴² en el que una nueva denominación de las prácticas de consumo (*slam* en lugar de *chutarse*) y un nuevo sujeto de estas prácticas (“practicante de *slamming*” versus “yonqui”) podrían formar parte de la apropiación del lenguaje que ha supuesto el establecimiento de estrategias de resistencias comunitarias centradas en el cuidado de la salud en el contexto de las prácticas, pero, por otra parte, eso también va acompañado de un refuerzo del imaginario de las “sexualidades peligrosas”.

Vulnerabilidades y mandatos de género

Tal como ya hemos ido analizando, las creencias culturales y los estereotipos sociales nos pueden llevar a comportamientos que nos ponen en situaciones de riesgo. Estas creencias están tan interiorizadas en cada una de nosotras que no nos damos cuenta de cómo actuamos. *Ser mujer* o *ser hombre* suele influir en nuestros comportamientos, en lo que hemos aprendido sobre lo que se espera de una mujer o de un hombre en relación con la sexualidad, en cómo cuidar de nosotras mismas y de los y las demás, en lo que se puede llamar, hacer, desear o demostrar. Estas creencias influyen en el hecho de que las relaciones entre hombres y mujeres son desiguales y ponen a las mujeres en situaciones de más riesgo frente al VIH.

Por otra parte, y recuperando las reflexiones del capítulo sobre “deconstrucción de la Masculinidad”,⁴³ el riesgo como mandato de género (que se sustenta en la autosuficiencia y el control de uno mismo; en la condena del cuidado; en los valores de valentía, fuerza, virilidad; en la percepción de la sexualidad como una necesidad en la que el placer es visto como una descarga de tensiones) naturaliza las relaciones desiguales entre hombres y mujeres y actúa como un factor de vulnerabilidad al articular las decisiones que los hombres toman respecto del cuidado de su salud sexual.

Las campañas y las estrategias de prevención dirigidas a hombres no solo menosprecian esta vulnerabilidad, sino que la invisibilizan. Hay campañas para la prevención del VIH con lemas, simbologías o imágenes que refuerzan la Masculinidad hegemónica como fuerte, vigorosa, activa, violenta, con imágenes de hombres jóvenes, blancos, de clase alta y con capacidades estándares.

Hay campañas que refuerzan la impunidad de la identidad masculina, en que los hombres (cis, heterosexuales, blancos y asimilables a la llamada *población general*) se sitúan al margen de la posible infección y transmisión de ITS y, por lo tanto, de la necesidad de tener cuidado.

41. La inyección de drogas como práctica de consumo entre algunos hombres gays, bisexuales y otros hombres que practican sexo con hombres (HSH) (Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH, 2018).

42. “Consumo intencional de drogas (sustancias) para tener sexo durante un largo periodo de tiempo (desde unas cuantas horas hasta unos cuantos días) entre hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH)”. Más información en <https://chemsex.info>, página web específica de la entidad Stop Sida.

43. Más información en el apartado 2.1 de esta guía

Esta impunidad también se manifiesta en unas representaciones de poder que sitúan a las mujeres en una posición de subordinación, en las que las relaciones y los contactos sexuales a menudo se dan en situaciones de desigualdad, violencia o coerción, tanto en las relaciones de pareja como en otras circunstancias, y que pueden dificultar o impedir la puesta en marcha de las estrategias preventivas y el cuidado de la salud sexual.

El mandato de género del modelo hegemónico de Sexualidad, que establece a las mujeres como sujeto de cuidado, como “ser para el otro” y para la reproducción, se traduce en riesgo y vulnerabilidad frente a las ITS y el VIH. Es un modelo que se sustenta en relaciones bajo el paraguas del paradigma del “amor romántico” y la “fidelidad”. Este amor romántico se interpreta como la entrega al otro, la idea de la fusión con el otro, la “media naranja” en qué el amor puede con todo, y se traduce en la negación de los propios deseos, al anteponer al otro y sus deseos a los de una misma, en la aceptación de las condiciones del otro por miedo a la pérdida. Por lo tanto, es un ideal en clave de entrega absoluta, sin condiciones ni infidelidades, con fantasías de exclusividad y posesión, en el que se desvanece la percepción de riesgo ante las ITS y el VIH (García *et al.*, 2005).

Este es un modelo de relaciones generador de violencias machistas, particularmente de violencias sexuales, que aumenta considerablemente el riesgo de infección, atravesado por el miedo a las consecuencias de oponerse a una relación sexual no deseada y por el miedo al rechazo si se intentan negociar relaciones sexuales más seguras; es un modelo que vulnera los derechos a la libertad sexual, el derecho a decidir, el derecho a la autonomía del propio cuerpo y las sexualidades y, por lo tanto, el derecho al cuidado hacia las ITS y el VIH. La situación se ve agravada en las mujeres que viven con VIH, en las que el hecho mismo de estar infectadas aumenta el riesgo de sufrir las violencias machistas.

Estos mandatos de género también se reproducen en las campañas de prevención del VIH basadas en las conductas cuando plantean la negociación del preservativo en la pareja sin tener en cuenta que esta negociación se da en el seno de relaciones de desigualdad de poder o de violencia en las que el uso del preservativo es leído en clave de infidelidad, promiscuidad o desconfianza en el otro.

Son mandatos de género regidos por el modelo hegemónico de Sexualidad, en el que, a las mujeres de más de cincuenta años (y, por lo tanto, sin capacidad para la reproducción), se les asocian conductas sexuales “no de riesgo” y, por lo tanto, no son consideradas como posibles destinatarias de la prueba diagnóstica del VIH, hecho que da lugar a diagnósticos tardíos, con consecuencias en el desarrollo de la enfermedad y, por tanto, en su salud. Estos mandatos de género trasladan la categoría de “asexuadas” a las mujeres lesbianas, tal como refleja su exclusión de las campañas de prevención de las ITS y el VIH y de los programas de detección vinculados a los servicios de ginecología, pensados desde la óptica de la reproducción y la anticoncepción.

El modelo hegemónico heteronormativo, así, controla la sexualidad de las mujeres y se evidencia en la realización protocolaria de exámenes médicos de ITS y VIH durante el seguimiento del embarazo. Es una práctica que no responde a una decisión personal de la mujer, sino a una preocupación, desde el modelo biomédico, de evitar o reducir la transmisión vertical del VIH y los posibles efectos de otras ITS al feto. Es una situación que

puede implicar que, a las mujeres, les hagan la prueba y que, ante un resultado, tanto negativo como positivo, se encuentren sin la información suficiente y, en consecuencia, sin estar preparadas y sin poder tomar decisiones sobre su salud y su embarazo. Esta protocolización de las pruebas diagnósticas pone en duda la aplicación del consentimiento informado,⁴⁴ en la medida en que el derecho a la información para la toma de decisiones se asume como un control de cumplimiento obligado por parte de las mujeres embarazadas. En cambio, las parejas sexuales de las mujeres no son sometidas a estos protocolos, hecho que nos remite a la idea de que una mujer embarazada no es susceptible de tener relaciones sexuales durante el embarazo (“maternidad inmaculada”).

Esta preocupación por la transmisión durante el embarazo da lugar a resistencias, desde el personal sanitario, pero también desde el entorno social y afectivo, a aceptar el deseo de maternidad de las mujeres que viven con el VIH, aunque “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). Las mujeres son cuestionadas porque suponen un riesgo para el mandato del cuidado ligado al género.

Por todo eso, hay que generar un marco de intervención que tenga en cuenta los condicionantes y las desigualdades de género en el contexto de las intervenciones relacionadas con el cuidado de la salud sexual. Por lo tanto, como ya hemos mencionado anteriormente, las estrategias de intervención con hombres tendrían que ir acompañadas de un trabajo de fondo que, desde el paradigma de la vulnerabilidad, permita cuestionar el modelo de masculinidad; permita desmontar la cultura del riesgo como mandato y romper con la dinámica de la representación de poder, que genera violencias y vulnera derechos sexuales, y que, a la vez, tenga en cuenta las necesidades específicas de las mujeres y aborde con profundidad las violencias machistas, que son la raíz de las desigualdades de género en salud.

La vulnerabilidad de “vivir con...”

El estigma asociado a la infección por el VIH desemboca en la discriminación de las personas que la sufren. Muchas personas ven vulnerados sus derechos humanos al ser estigmatizadas y discriminadas por el hecho de tener el VIH.

[...] “Las raíces del estigma asociado al VIH/SIDA descansan profundamente en las estructuras genéricas (de género), económicas, raciales y sexuales, que pueden encontrarse en cada sociedad. No constituye una coincidencia el hecho de que numerosos estigmas asociados al VIH/SIDA se encuentren relacionados con las divisiones e iniquidades de género –como queda expresado en la creencia de que solo las “malas” mujeres se infectan–, con las divisiones raciales y étnicas –como la creencia de que el sida es una enfermedad africana (u occidental)–; con las diferencias en el estatus económico –expresado en la consideración de que son las

44. Procedimiento mediante el cual se garantiza respetar la libertad de las personas para decidir sobre su propio cuerpo, su salud y su vida, en el contexto de las intervenciones sanitarias.

personas pobres (o ricas) las que se infectan y enferman por el SIDA–, y con las relaciones y divisiones sexuales –como la creencia de que tan solo las trabajadoras sexuales, las personas “promiscuas” y los homosexuales son quienes pueden infectarse por el virus–. (Parker y Aggleton, 2003, traducido del inglés)

El estigma se construye sobre los estereotipos y los prejuicios que hay en torno a la sexualidad, vinculados al modelo hegemónico de Sexualidad, así como sobre las desigualdades sociales, y lo refuerza y retroalimenta la mitología (“las metáforas”) del sida que hay en torno al miedo a la enfermedad, una enfermedad entendida como plaga, como invasión (viral) que se puede contraer en las interacciones sociales. Así se construye la “identidad contagiosa” de las personas VIH (“sidosas”). Esta idea descansa sobre la concepción de que el VIH nos amenaza en “todos” –un “todos” asimilado al término de “población en general” que excluye a “todo” aquel que esté fuera de los modelos hegemónicos– y da lugar al estigma y la estigmatización.

La estigmatización, por lo tanto, está insertada en las dinámicas de poder y dominación y refuerza la producción y el mantenimiento de las desigualdades sociales y el control de ciertas poblaciones a través de mecanismos de desacreditación del otro que naturalizan estos procesos de clasificación y categorización de la división social. La estigmatización es un mecanismo profundamente imbricado en los sistemas interseccionales de dominación.

La construcción de la epidemia desde la amenaza ha dado lugar a políticas públicas con lógica de combate, de “la lucha contra...”. Desde esta lógica, las personas con VIH y los “grupos de riesgo” (el otro) a menudo son leídos como una amenaza al orden social, el enemigo del “nosotras”, siguiendo la metáfora militarista de Susan Sontag (1996). Esta lectura ha legitimado la estigmatización de las personas con VIH y ha dado lugar a un límite difuso de lo que se combate (¿se combate el virus o a las personas que viven con la infección?), cuando lo que se tendría que “combatir” es el estigma asociado al VIH, que vulnera los derechos humanos.

Esta noción culpabiliza a las personas que viven con el VIH de la transmisión de la infección y las acaba criminalizando, y al mismo tiempo les impone la responsabilidad de la prevención de la población general. De aquí parte la idea de “la obligatoriedad” de revelar el seroestatus positivo a las parejas sexuales y al entorno, cosa que choca con el derecho a la intimidad y a la autonomía de tomar decisiones sobre la propia vida; así como “la obligatoriedad” actual de iniciar el tratamiento del VIH de acuerdo con la “indetectabilidad = intransmisibilidad”, planteamiento que genera otra categoría social que refuerza la idea de “irresponsabilidad” y de lo que sería el reverso: ser “un buen VIH”.

Culpa y responsabilidad son dos conceptos que se unen en una visión individualista de los cuidados, que olvida los contextos y las experiencias de las personas que viven con el VIH. Esta visión queda parcialmente reflejada en la estrategia desarrollada por la OMS (2016) en su “enfoque de respuesta o acción acelerada para alcanzar un conjunto de objetivos con plazos definidos hasta el año 2020”, que incluye los denominados objetivos 90/90/90 (que el 90 % de todas las personas con VIH conozcan su estado serológico respecto del VIH, que el 90 % de las personas diagnosticadas tengan acceso a tratamiento y que el 90 % de las personas en tratamiento consigan la indetectabilidad viral). A pesar de esta

visión tan biomédica/epidemiológica de la prevención, en la que no están muy presentes otras estrategias alternativas que vayan más allá de las estrategias biomédicas planteadas desde la cascada de *tratamiento* (Gardner *et al.*, 2011), ONUSIDA también apunta la necesidad de establecer estrategias destinadas a hacer frente al estigma, en la medida en que señala que entre las barreras para alcanzar los objetivos 90/90/90 se incluyen la falta de acceso universal al tratamiento y a las pruebas diagnósticas o la dificultad para llegar a las poblaciones clave como consecuencia de las políticas gubernamentales que criminalizan al colectivo LGTBI+ o las personas usuarias de drogas. He ahí una declaración de cómo la vulneración de derechos acentúa las vulnerabilidades y las desigualdades en salud.

Y, más todavía, organizaciones y activistas del ámbito del VIH han propuesto un objetivo (otro 90) centrado en las necesidades de cuidado de las personas con VIH, con el propósito de dar atención integral a las situaciones relacionadas con el VIH y que inciden en la calidad de vida de las personas, más allá de las morbilidades clínicas y de los efectos de los tratamientos.



Gráfico adaptado de ONUSIDA (ONUSIDA, 2014).

Para conseguirlo, es fundamental un cambio de modelo asistencial que ponga la persona y sus necesidades en el centro de la intervención.

Se deben tomar medidas que actúen contra los procesos de discriminación en el ámbito sociosanitario que impiden un buen cuidado de la salud de las personas que viven con el VIH, un espacio de intervención en el que se perpetúan los estereotipos de género, la infantilización de las personas “enfermas” y la violencia institucional a través de protocolos que no tienen en cuenta la autonomía de las personas para tomar decisiones en el cuidado de su salud, o mediante decretos ley (como el Real decreto ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y la seguridad de sus prestaciones) que han dificultado el acceso a los servicios de salud a las personas en situaciones de “irregularidad administrativa” y que han afectado particularmente al cuidado de la salud sexual de las mujeres.

Hay que poner en marcha acciones para hacer cambios en los protocolos de la investigación clínica como, por ejemplo, en los destinados al desarrollo de fármacos, que han excluido a las mujeres, las niñas y los niños y las personas mayores de una gran parte de los estudios. Eso ha comportado que la farmacopea y el seguimiento de la sintomatología estén diseñados desde la fisiología masculina, de manera que no se tiene en cuenta la necesidad de adaptar las pautas de administración, las dosis y los seguimientos a otros cuerpos (mujeres, mujeres trans*, hombres trans*, niñas y niños, etcétera).

Hacen falta intervenciones que actúen contra las situaciones de discriminación en los ámbitos que, además, acentúan o favorecen la estigmatización. Estas intervenciones deben ir dirigidas a evitar discriminaciones en el ámbito escolar o laboral, que contribuyen a una precarización económica y social de la vida de las personas que viven con el VIH; discriminaciones en el ámbito de los servicios sociales (pisos tutelados, residencias para personas mayores, pisos de acogida), que contribuyen a hacer más frágiles a las personas que viven con el VIH e impiden que puedan disfrutar de los servicios de atención para personas en situación de vulnerabilidad, y discriminaciones que favorecen la precarización y obstaculizan el acceso a otros bienes sociales y materiales que aseguran una vida digna.

Hacen falta acciones destinadas a generar un nuevo imaginario bajo la noción de que el VIH nos afecta a todas por el hecho de que nos cuestiona sobre nuestra vida y sobre otras vidas posibles, y que den cabida a intervenciones desde la solidaridad con la vulnerabilidad y la fragilidad humana, que reducirían el estigma. La vulneración de los derechos nos afecta en todas.

Todo eso nos impulsa hacia un marco de intervención integral en el abordaje de las ITS/VIH que, tal como hemos ido desarrollando a lo largo del bloque, debe tener en cuenta no solo los elementos que faciliten la puesta en marcha de estrategias preventivas para las personas que no están infectadas (la prevención primaria) y de estrategias preventivas destinadas al diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de las personas que se han infectado (prevención secundaria y terciaria), sino que también tiene que considerar y transformar los elementos de carácter estructural que favorecen la aparición y el mantenimiento de factores que comportan vulnerabilidades en la exposición a las ITS y sus efectos. En definitiva, es necesario un marco de intervención que posibilite la gestión y el cuidado de la salud sexual y que incorpore la prevención, la atención y el tratamiento, y unas políticas públicas desde un marco de derechos.

Un marco a partir del cual realizar este abordaje sería la **prevención combinada** en VIH, que incluye los aspectos siguientes, previstos en esta tabla que después analizaremos:

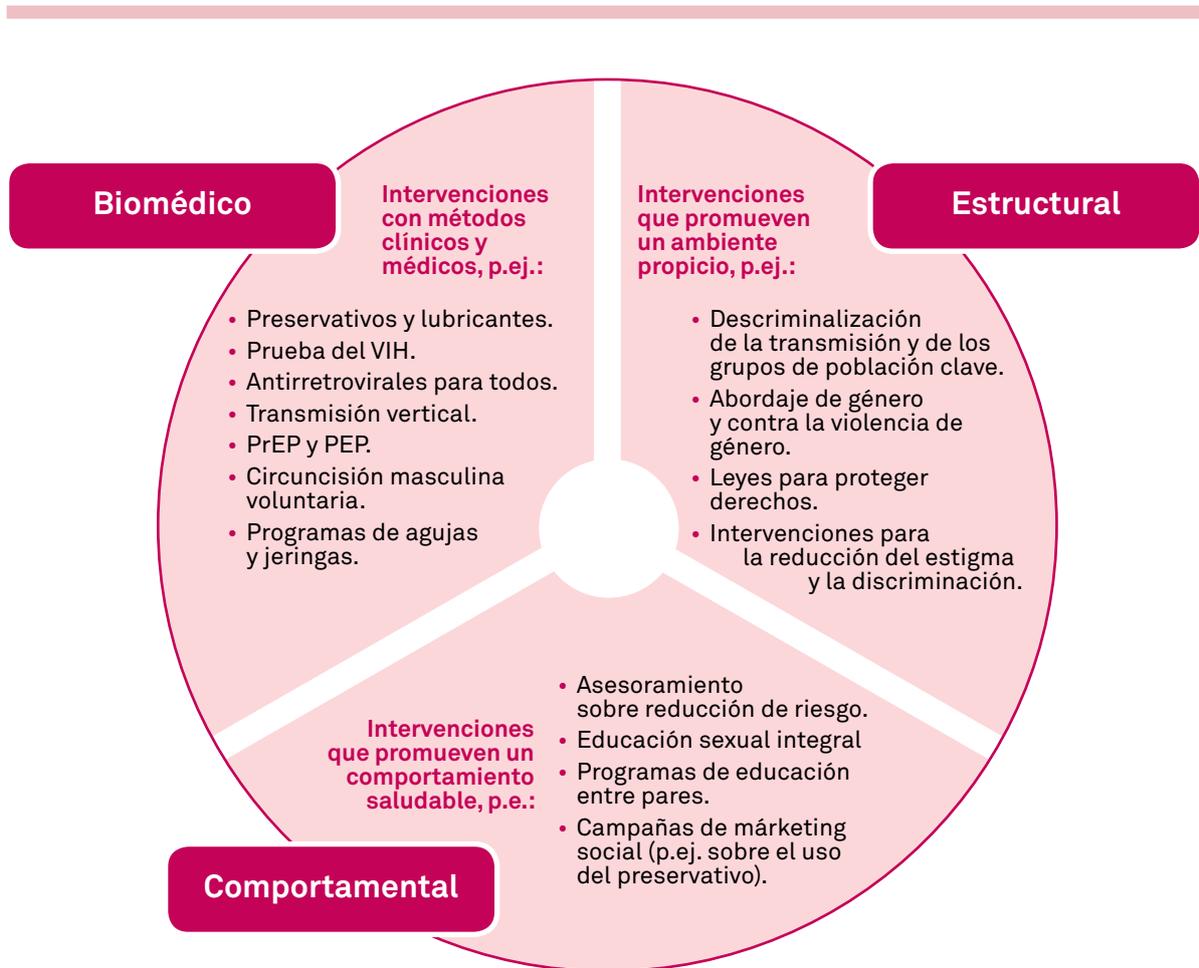


Gráfico adaptado de la Internacional HIV/AIDS Alliance (Aditi y Davies, 2016).

En este marco:

- Las estrategias o intervenciones biomédicas** incluyen tanto el manejo de la tecnología médica como la información para el manejo de la sintomatología. Serían las siguientes:
 - Uso de pruebas diagnósticas desde una perspectiva de reducción del riesgo, ya que saber la situación serológica contribuye a tomar decisiones, poner en marcha los cuidados de la salud sexual que queramos adoptar, reducir la morbilidad de la infección (diagnóstico precoz) e, incluso, facilitar un espacio para poder hablar de nuestra sexualidad.

- Desarrollo de vacunas preventivas o curativas.
- Tratamientos farmacológicos para reducir los efectos de la infección, mejorar la calidad de vida de las personas y, en algunos casos, reducir la transmisibilidad de la infección.
- Tratamientos clínicos y quirúrgicos (en el caso de condilomas, circuncisión).
- Métodos de barrera (preservativos, dique dental, etcétera) que posibilitan evitar el contacto con lesiones en la piel o en las mucosas, en particular en el entorno genital y bucal. Los preservativos (tanto el que se pone en el pene como lo que se pone en la vagina) han demostrado suficientemente su eficacia en la prevención del VIH y de otras ITS.
- Programa de intercambio de jeringas para reducir el riesgo de transmisión por vía sanguínea de algunas ITS (hepatitis, VIH, etcétera).
- Información médica para gestionar la sintomatología, las pautas y las prescripciones de la medicación, y las consecuencias en la salud, de manera que facilite la toma de decisiones en el cuidado de la salud. Para poder tomar decisiones sobre nuestra vida y nuestra salud es necesario tener información veraz sobre cómo disminuir los posibles riesgos y daños y sobre las alternativas disponibles.
- **Las estrategias comportamentales** intervienen en la capacitación de las poblaciones más afectadas a fin de que puedan ejercer más control sobre los determinantes de su salud, y se centran en los comportamientos y prácticas cuando eso es posible o bien ofrecen alternativas como la reducción de riesgos. Son estrategias que se dirigen a la mejora de las habilidades de las personas para negociar el sexo que quieren tener, como, por ejemplo, la educación sexual, el *counselling* en los servicios de atención o las intervenciones conductuales.

Un ejemplo que puede ilustrar la puesta en marcha de estrategias combinadas en el ámbito biomédico y conductual es el cuadro informativo siguiente sobre las ITS (Stop Sida, 2017) dirigido a hombres adultos gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres:

ITS Bacterianas:

ITS	Tiene cura?	Tratamiento	Vacuna	Transmisión sexual	Prácticas sexuales con mayor riesgo
Sífilis	Sí	Antibiótico	No	Xancro o piel o mucosas infectadas	P. SO. BN. JS.
Gonorrea	Sí	Antibiótico	No	Secreción en el pene, vagina, ano o garganta	P. SO. BN. JS.
Clamidia, LVG	Sí	Antibiótico	No	Secreción en el pene, vagina, ano o garganta	P. SO. FF. JS.

ITS Víricas:

ITS	Tiene cura?	Tratamiento	Vacuna	Transmisión sexual	Prácticas sexuales con mayor riesgo
Hepatitis A**	Sí, infección aguda	–	Sí	Contacto oral con ano, dedos o pene	SO. BN.
Hepatitis B**	Sí, infección aguda variable a infección crónica	Antivirales	Sí	Sangre, semen y flujo vaginal	P. SO. BN. FF.
Hepatitis C	Sí, infección aguda variable a infección crónica	Antivirales	No	Sangre	P. FF. JS.
VPS (Papiloma virus)	Sí o latencia intermitente	Sólo síntomas (eliminación de berrugas)	No	Piel o mucosas infectadas y berrugas	P. SO. BN.
VHS (Herpes simple)	Sí o latencia intermitent	Sólo síntomas (ampollas)	No	Lesiones y secreciones piel o mucosas de ano pene y vagina	P. SO.
VIH	No	Sólo síntomas (antiretrovirales)	No	Sangre, semen y flujo vaginal	P. SO. BN. FF. JS.

P.: Penetración (anal/vaginal); **SO.:** Sexo oral; **BN.:** Beso negro;
FF.: *Fist fucking* (meter puño); **JS.:** Intercambio de juguetes sexuales.

** La hepatitis A aguda en ocasiones puede derivar en hepatitis fulminante potencialmente grave, la hepatitis B también aunque és menos frecuente.

- **Y las estrategias estructurales** están orientadas a los cambios y las transformaciones sociales de las situaciones que generan desigualdades, violencias y precarización y que son un obstáculo para que las personas podamos vivir con dignidad y ejerciendo nuestros derechos sexuales. Un ejemplo de sistematización de estas estrategias es el siguiente cuadro:

Características de una sociedad sexualmente sana

Las sociedades que protegen y dan prioridad a la salud sexual de sus miembros presentan las siguientes características:

- **Compromiso político:** El Estado reconoce que la salud sexual es un derecho fundamental del ser humano y se hace responsable de la promoción de la salud sexual.
- **Políticas explícitas:** Las instituciones sociales, entre ellas las entidades gubernamentales, formulan, desarrollan y ponen en práctica políticas públicas con instrucciones claras y precisas destinadas a la protección y la promoción de la salud sexual como derecho humano fundamental.
- **Legislación:** Para promocionar la salud sexual es indispensable que haya leyes vigentes destinadas a proteger todos los derechos sexuales. Es fundamental disponer de leyes que protejan a las personas vulnerables de la explotación (p. ej., prohibición de la prostitución infantil); reconocer los derechos de todas las personas a la integridad del cuerpo (p. ej., protección contra la mutilación genital); proteger a las minorías sexuales para que se les respeten derechos humanos tan fundamentales como educación, salud o trabajo (p. ej., legislación contra la discriminación), y promover la igualdad en todas las dimensiones sexuales (p. ej. legislación relativa a la igualdad de oportunidades, a la interrupción voluntaria del embarazo, etcétera).
- **Buena educación:** Un elemento necesario de una sociedad sexualmente sana es el acceso universal a la educación sexual integral de acuerdo con la edad, a lo largo de toda la vida.
- **Infraestructura suficiente:** Con el fin de garantizar el acceso de las personas a los servicios, hay que disponer de una infraestructura de profesionales y paraprofesionales especializadas en la resolución de problemas e inquietudes de índole sexual. Eso incluye ofrecer a los profesionales programas de especialización en salud sexual.
- **Investigación:** Una sociedad comprometida con la salud sexual de las personas miembros que la integran da apoyo a las investigaciones adecuadas y concretas dispuestas a abordar las inquietudes clínicas, educativas y de salud pública. Eso incluye la investigación relativa a las inquietudes emergentes (p. ej., nuevas infecciones) y la vigilancia para estimar la extensión y las tendencias

de condiciones que afectan a la salud y que se pueden prevenir (p. ej. tasas de relaciones sexuales de riesgo en poblaciones de alto riesgo, tasa de violencia sexual, prevalencia de disfunciones sexuales, etcétera).

- **Vigilancia adecuada:** La vigilancia es necesaria para supervisar los indicadores biomédicos y de comportamiento que miden las inquietudes y los problemas de salud sexual.
- **Cultura:** Hay que alcanzar una cultura de apertura hacia la salud sexual que al mismo tiempo le asigne la prioridad que le corresponde. Algunos indicadores como la calidad de la información suministrada por los medios sobre las inquietudes relativas a la salud sexual.

(OPS, 2000)

Y, finalmente, **hace falta un abordaje con un enfoque comunitario:** no se trata de diagnosticar la situación de un individuo, un grupo o una institución, sino las necesidades de una comunidad. Para hacerlo, es imprescindible **incorporar la participación de las personas destinatarias de la intervención** desde el comienzo. Las personas deben ser las protagonistas en la definición del diagnóstico, los problemas, los objetivos y las alternativas, así como en la evaluación de la intervención.

En resumen, hace falta un marco de intervención que considere a las personas como agentes activos en el cuidado de su salud sexual. Este marco de intervención tiene que responder, a través de las políticas públicas, los programas y los servicios, a las necesidades y los derechos sexuales, y tiene que respetar y fomentar la autonomía en la toma de decisiones de las personas sobre su salud, desde una perspectiva de promoción de los derechos.

2.3. Promoción de la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva interseccional y situada

Si bien, como hemos explicado antes,⁴⁵ no se pueden limitar los derechos sexuales a los derechos reproductivos, en este capítulo nos centraremos en estos últimos. Intentaremos dar cuenta de cómo el modelo hegemónico de Sexualidad y los mecanismos de control que se activan para mantenerlo producen discriminación en el acceso a los derechos reproductivos, y limitan o niegan la autonomía, la libertad y la toma de decisiones de las personas sobre su proyecto vital en relación con la gestión reproductiva.

Así pues, iremos analizando cómo estas configuraciones sociales generan marcos interpretativos sobre los cuales se sostienen las intervenciones y las políticas en torno a los derechos reproductivos. Es decir, partiremos desde una perspectiva situada.

Al hablar de los derechos reproductivos, estamos considerando los derechos que se basan 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).

Estos derechos se podrían desglosar en los siguientes:⁴⁶

- Derecho a tomar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción o violencia.
- Derecho a decidir libremente si se quiere o no tener hijas e hijos.
- Derecho a decidir el número de hijas e hijos que se desea y el espacio de tiempo entre un embarazo y otro.
- Derecho a decidir sobre el tipo de familia que se quiere formar.
- Derecho a ejercer la maternidad con un trato equitativo a la familia, a los espacios de educación y a los espacios laborales.
- Derecho a una educación integral de la sexualidad a lo largo de la vida.

45. Más información en el apartado 1.2.1 de esta guía..

46. Reformulación y ampliación propia a partir de los derechos del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Disponible en: https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/INFOGRAFIA_DSR_WEB.pdf

- Derecho a acceder a métodos de anticoncepción modernos, incluida la anticoncepción de emergencia.
- Derecho al acceso a los servicios integrales de salud y a la atención médica para garantizar una maternidad segura.
- Derecho a acceder a los beneficios de los avances científicos en la salud sexual y reproductiva, a través de las técnicas de reproducción asistida.
- Derecho a la interrupción libre del embarazo, sin coacción ni violencia.

Por lo tanto, podríamos decir que los derechos reproductivos abarcan dos principios, **el derecho a la atención en salud reproductiva y el derecho a la autodeterminación reproductiva** (Center for Reproductive Rights, 2008), y constituyen una de las grandes reivindicaciones del movimiento feminista, como respuesta ante el uso de la sexualidad y la reproducción como herramienta de control sobre las mujeres por parte de los hombres y los estados.

El derecho a la atención en salud reproductiva está reconocido de manera explícita a la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (Comité CEDAW, 1979), que estipula que los estados que forman parte de esta tienen que tomar “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”, y también tienen que eliminar las barreras legales a la atención en salud reproductiva, como las leyes que penalizan ciertas intervenciones médicas que afectan exclusivamente a las mujeres y castigan a las que se someten a estas (las leyes que penalizan el aborto, entre otros).

Por otra parte, **el derecho a la autodeterminación reproductiva** está amparado por el derecho a la integridad física, el derecho a la intimidad, el derecho a planificar la propia familia y el derecho a estar libre de todas las formas de violencia y coerción que afectan a la vida sexual o reproductiva. Este derecho entronca con el concepto de autonomía, que en el caso de las mujeres depende de la autonomía corporal, el poder de decisión sobre el propio cuerpo, al cual ya nos hemos referido a lo largo de esta guía como base de los procesos de empoderamiento. Es un derecho que se puede ver seriamente cuestionado cuando la autodeterminación es controlada por el sistema patriarcal a través de estrategias como la tutela y la infantilización de las mujeres.

Un ejemplo de eso es negar a una mujer la opción de evitar un embarazo u obligarla a someterse a un determinado tipo de parte, acciones que interfieren en su derecho a decidir y que tienen implicaciones tremendas sobre su cuerpo y su libertad personal. Además, las decisiones que se toman respecto del propio cuerpo –en particular las que afectan a la capacidad reproductiva– se encuentran en el dominio de las decisiones privadas y, por lo tanto, tendrían que estar protegidas de intromisiones por el derecho a la intimidad.

La autodeterminación reproductiva también implica el derecho a estar libre de todas las formas de violencia y coerción que afectan a la vida sexual o reproductiva de las mujeres.

No obstante, escudándose en el cuestionamiento de la capacidad de algunas mujeres de ejercer su maternidad, sigue practicándose la esterilización forzada o por coerción a mujeres con diversidad funcional o en situación de vulnerabilidad socioeconómica.

Por otra parte, la reivindicación de los derechos reproductivos por parte de las personas del colectivo LGTBI+ ha supuesto un cuestionamiento del modelo de salud reproductiva imperante, basado en un modelo de familia heteronormativo que, como hemos explicado anteriormente, es biologicista, coitocéntrico, monogámico, cisheteronormativo, sexista, adultocéntrico, capacitista, occidental y patologizador.

Y es desde esta perspectiva situada que analizaremos, con un poco más de detalle, el papel de la gestión reproductiva en el proyecto vital, a partir de los cuestionamientos que emergen desde los modelos de familia diferentes y desde el análisis del acceso a las opciones reproductivas y a la interrupción voluntaria del embarazo.

2.3.1. El papel de la gestión reproductiva en el proyecto vital

Situar el papel de la gestión reproductiva en el proyecto vital requiere necesariamente cuestionar el modelo hegemónico de familia, heterosexual y con función reproductiva. Este marco delimita y define un ideal de maternidad, de paternidad y de parentesco que entra en conflicto ante la diversidad de modelos de familia presentes en las estructuras sociales europeas en las que nos movemos (familia nuclear clásica, homoparental, monoparental masculina o femenina, adoptiva, con padres y madres de diferentes etnias y culturas, con padres y madres separadas o divorciadas, familias reconstituidas o enlazadas a partir de uniones anteriores, la familia de acogida, la familia sin hijos, la familia de hecho, etcétera). Son modelos de familia que cuestionan la parentalidad, la división entre lo que es público y lo que es privado o la idea de familia nucleada en torno a la pareja, así como la necesidad de lazos consanguíneos o genéticos que legitimen la filiación y, por lo tanto, los procesos vinculados al cuidado, la sexualidad, la reproducción social y la biológica.

Las familias LGTBI+, formadas por personas o parejas lesbianas, gais, bisexuales y transexuales, han ocupado un lugar protagonista al romper con el continuo “coito/alianza/filiación” (Pichardo Galán *et al.*, 2015) y han ido acompañadas en las últimas décadas, en el caso del Estado español, de un marco normativo de regulación de los derechos reproductivos, a partir de las leyes sobre las técnicas de reproducción asistida, el matrimonio y la adopción. Este reconocimiento legal no siempre ha ido acompañado de un reconocimiento simbólico y de un acceso real a los derechos reproductivos en condiciones de autonomía e igualdad.

El ideal de familia se erige desde el modelo de Sexualidad hegemónica, que se presenta como la sexualidad pretendidamente “natural” y ligada a un objetivo, la reproducción, en que la función natural de las mujeres es la de “ser madre”. Esta función se encontraría en

una especie de “código biológico” que se traduciría en capacidades, habilidades y saberes, producto de un instinto inscrito en la naturaleza femenina, “el instinto maternal”. Es decir, es un modelo construido sobre una visión esencialista que vincula la maternidad con la identidad femenina, con el *ser mujer*, de manera que no ser madre quiere decir ser “menos mujer”.

Se trata de una maternidad entendida como mandato de género que ha activado, a lo largo de la historia, mecanismos de control y vigilancia sobre las mujeres que desafían el rol atribuido de *ser madre*, mediante el establecimiento de relaciones, prácticas, discursos, políticas y herramientas jurídicas totalmente atravesadas por las relaciones de poder, así como por las desigualdades de clase, raza y etnia, entre otros.

Bajo este modelo, la relación, por ejemplo, entre el lesbianismo y la maternidad se ha desarrollado de una manera muy conflictiva. Todavía hoy en día pervive con fuerza la idea de que ser lesbiana significa “no ser madre”. Históricamente, las mujeres lesbianas han sido percibidas como mujeres estériles e incapaces de ejercer la maternidad. De hecho, durante años, una de las grandes preocupaciones de madres y padres, al conocer la preferencia sexual de su hija, eran que no podría tener hijas o hijos. Esta preocupación, hasta hace bien poco tiempo, la compartían también las mujeres mismas. “No poder tener hijos” ha sido uno de los grandes obstáculos con que se encontraban por el hecho de asumir su deseo sexual y a menudo entendían que, para realizar su deseo maternal, tenían que escoger entre sus relaciones lésbicas (sacrificándolas en la mayoría de los casos) o seguir manteniendo la apariencia heterosexual. Percibían una contradicción entre su deseo sexual y su deseo maternal (Mujika, 2010).

Las madres lesbianas se ven inmersas en la contradicción de un discurso heterosexual y lesbofóbico que, por una parte, une la sexualidad femenina a la obligatoriedad reproductiva y, por la otra, niega esta capacidad a las mujeres que no cumplen con la normativa heterosexual, de manera que “ser madre lesbiana” constituye una contradicción. En palabras de Silvia Donoso (2002), “las mujeres lesbianas, como mujeres, deberían tener hijos y, como lesbianas, deberían renunciar a ellos”.

Por otra parte, las mujeres lesbianas son cuestionadas sobre su idoneidad como madres, sobre si pueden ser unas “buenas madres”, con argumentos lesbofóbicos como que pueden influir en la futura preferencia sexual del niño o niña, o que es necesario que haya un rol masculino en la familia, etcétera.

Estos argumentos también se esgrimen para cuestionar las familias homoparentales constituidas por un hombre o por una pareja de hombres (y, en algunos casos, también las familias monoparentales formadas por una mujer). Estos modelos familiares subvierten la regla básica del parentesco, según la cual la maternidad y la paternidad se tienen que organizar de acuerdo con la diferencia de sexo y de roles que esta diferencia presupone. En cualquier caso, las familias homoparentales se ven constantemente interpeladas a demostrar su aptitud parental.

El modelo hegemónico de familia también pone en cuestión a las familias monoparentales, a las cuales se tiende a calificar e identificar como “familias desestructuradas”, fruto

de la interrupción de un proyecto familiar que había empezado siendo de pareja y, por lo tanto, era biparental, y no como proyecto y deseo individual. Así, son familias vistas como “incompletas” bajo la mirada del ideal de familia heterosexual en que quedan bien definidos y demarcados los roles de madre y padre.

El cuestionamiento de “la buena madre” también está presente en la intersección con la variable de la edad. Si bien para las mujeres adultas la maternidad es un mandato de género, en el caso de las mujeres adolescentes se concibe como un problema grave. Ser madre a esta edad es interpretado como asumir equivocadamente un rol adulto de gran responsabilidad para el cual, en el imaginario colectivo, las mujeres adolescentes no están preparadas, con el argumento de que se encuentran en una etapa vital incompatible (ya que se supone que es intrínsecamente problemática) con la dedicación, la atención y la responsabilidad hacia otra persona, es decir, una identidad alejada de una maternidad predominante y normalizada.

Estas aproximaciones no tienen en cuenta la complejidad de las maneras y formas diferentes de vivir la maternidad ni los procesos diferentes de resiliencia que las mujeres jóvenes ponen en marcha para seguir adelante con su rol materno y con sus procesos de emancipación adulta al mismo tiempo (Madrid, Hernández, Gentile y Ceballos, 2019, p. 46), ni los contextos estructurales que atraviesan la maternidad adolescente, como pueden ser las condiciones socioeconómicas, la procedencia o la etnia, así como las subjetividades mismas de las jóvenes.

Estudios recientes demuestran que la maternidad puede ser una opción buscada intencionadamente por las adolescentes, sobre todo entre jóvenes con situaciones socioeconómicas más desfavorecidas, ya 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), es decir, “una oportunidad para crecer, madurar e independizarse de sus progenitores con un proyecto personal y familiar propio” (Hernández Cordero y Gentile, 2017, p. 38). No obstante, entre las jóvenes de familias de clase media el embarazo precoz se vive de una manera muy diferente:

[...] “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 y Gentile, 2017, p. 39)

El cuestionamiento de la maternidad también está presente cuando se excluye a las personas con diversidad funcional de la capacidad de hacerse cargo de sus proyectos vitales con respecto a la gestión reproductiva. La exclusión tiene lugar mediante estrategias de control y violencia institucional, como la práctica extendida de la esterilización o del aborto forzado. Estas intervenciones vulneran directamente los derechos a la integridad física, a la libertad sexual y reproductiva, a la salud física y mental y, por descontado,

a la igualdad y la no discriminación. Las intervenciones también se realizan a mujeres en situaciones económicas desfavorecidas, principalmente migrantes, que también son cuestionadas con respecto a la idoneidad para llevar a cabo un proyecto de familia.

En este contexto complejo, nuestra intervención implica reflexionar sobre el modelo de familia desde el que interpelamos la realidad. Debemos realizar una revisión que nos cuestione qué es eso de la maternidad, la paternidad y la filiación desde una ética de cuidados, y que al mismo tiempo incluya las medidas políticas y sociales que permitan a muchas personas poder afrontar contextos de vulnerabilidad que las colocan en situación de desigualdad en la gestión reproductiva y dificultan el ejercicio de sus derechos reproductivos.

2.3.2. Opciones reproductivas

Entendemos como opciones reproductivas las medidas que deberían estar al alcance de todas las personas para permitirles tomar decisiones libres sobre los derechos reproductivos, concretamente sobre el derecho a decidir tener –o no tener– hijas e hijos, sobre qué cantidad tener y cuándo, sin ningún tipo de discriminación, coacción o violencia.

Los derechos reproductivos están recogidos en nuestro ordenamiento jurídico, en el artículo 3 de la Ley orgánica 2/2010, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, y se despliegan a través de políticas sanitarias, educativas y sociales de acceso universal.

Estas políticas y medidas han sido cuestionadas por el Comité CEDAW, que, en el informe sobre el año 2015, manifestó preocupación por el retroceso en derechos, específicamente los sufridos por las mujeres en el territorio del Estado español, como resultado de las medidas de austeridad que se están aplicando desde el inicio de la crisis económica del 2008 (Comité CEDAW, 2017). Son medidas –como la implantación del copago farmacéutico– que han sido adoptadas bajo un modelo de sanidad excluyente, que también deja fuera a personas en situación de vulnerabilidad, como las personas en situación administrativa irregular en el país y las personas con dificultades socioeconómicas; un modelo que, además, sufre una financiación territorial diferencial (tanto entre las comunidades autónomas como dentro de cada una), lo cual produce desigualdades estructurales en el acceso a las opciones reproductivas.

Las políticas públicas, como los modelos de familia, están atravesadas por el modelo hegemónico de Sexualidad y, por lo tanto, se articulan a partir de los mecanismos de control que se activan cuando el modelo se ve amenazado, tal como ejemplarizamos a continuación con el análisis de los diferentes momentos que constituyen la complejidad de la reproducción, como son los métodos anticonceptivos, la gestación, el parto, las técnicas de reproducción asistida y la interrupción voluntaria del embarazo.

Reproducción: el acceso a los métodos anticonceptivos

La llegada de los métodos anticonceptivos ha sido históricamente uno de los elementos clave para la emancipación (autonomía) de las mujeres, pero la desigualdad en la información y en el acceso a estos métodos, así como la instrumentalización para controlar la sexualidad de las mujeres, suponen una vulneración de los derechos sexuales y, por lo tanto, de derechos humanos, tal como señala la OMS (2014) en sus recomendaciones sobre el respeto a los derechos humanos cuando se proporciona información y servicios de anticoncepción. Estas recomendaciones incluyen la no discriminación, la disponibilidad, la accesibilidad y la calidad –tanto en la información sobre métodos anticonceptivos como en los servicios de salud reproductiva–, y destacan la necesidad de un contexto de intimidad y confidencialidad como requisitos fundamentales para garantizar la adopción de medidas anticonceptivas de una manera libre y autónoma. En nuestro contexto, estos requisitos están regulados por medidas políticas, económicas y simbólicas para su cumplimiento.

Así, las medidas económicas, como el copago farmacéutico del Sistema Nacional de Salud (SNS), la exclusión de algunos métodos anticonceptivos de la cartera de servicios del sistema público, y la dependencia de la distribución gratuita de preservativos en función del presupuesto disponible y la voluntad política de cada gobierno autonómico, son circunstancias generadoras de desigualdad en el acceso a los métodos y que discriminan a las personas en situaciones socioeconómicas de precariedad.

Estas medidas económicas también afectan, sin lugar a dudas, a la calidad de los métodos ofrecidos por el SNS, por ejemplo, al restringir el acceso a algunos métodos hormonales de última generación, como el anillo vaginal o los parches, o a métodos de larga duración como el diu o los implantes.

Por otra parte, los servicios de atención, diseñados desde un modelo de salud sexual hegemónico vinculado a la reproducción en la edad adulta, dejan fuera a las personas jóvenes, tal como demuestra la baja inversión en la creación de centros de atención a la sexualidad juvenil; de hecho, el número es inferior a lo que los organismos internacionales recomiendan (*Deficiencias e inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España, 2016*) y también excluye a las mujeres lesbianas bajo la lógica “desexualizadora” a la que ya se ha hecho referencia, que representa las relaciones entre mujeres como “no evidentemente sexuales” (Fernández Garrido, 2017).

Este modelo hegemónico también es permeable a interpretaciones moralistas que pueden estar motivando, en algunos casos, medidas para disuadir el uso de la anticoncepción de emergencia, como es apelar a la “objeción de conciencia” por parte de profesionales que identifican este método con la interrupción del embarazo y no como un método para evitarlo. Igualmente, la exigencia de una prescripción médica para este fármaco o el establecimiento de un precio de venta elevado en las farmacias también suponen una barrera a su acceso para mujeres con bajos recursos económicos o mujeres jóvenes.

Por otra parte, los métodos anticonceptivos también son utilizados como instrumento de control sexual sobre las mujeres que son anuladas socialmente o de las que se cuestiona

la capacidad para la maternidad, como pasa con las mujeres con diversidad funcional, que son sometidas a esterilización involuntaria o forzosa mediante la anticoncepción quirúrgica sin su consentimiento, hecho que constituye una agresión contra la integridad personal. En la misma línea, la imposición de un método anticonceptivo también implica una vulneración del derecho a decidir sobre la reproducción, tal como pasa con la colocación de anticonceptivos de larga duración, como los implantes o DIU, a mujeres migrantes con bajos ingresos económicos, o a mujeres adolescentes tuteladas por la Administración pública, bajo un cuestionamiento de su maternidad, que se clasifica como “maternidad de riesgo”.

Todo eso nos sitúa en el hecho de que, a pesar de las recomendaciones de los organismos internacionales en materia de salud sexual sobre cómo deben ser las intervenciones en la salud reproductiva desde un marco de derechos sexuales, en la práctica el ideal hegemónico de Sexualidad también condiciona las medidas y las disposiciones restrictivas en materia de salud sexual, que, con el argumento de la crisis económica y con la imposición de políticas de austeridad, determinan políticas públicas que refuerzan este modelo, generan desigualdad en el acceso a los recursos, y restringen la autonomía de las mujeres, su capacidad de decidir y, por lo tanto, el ejercicio de sus derechos reproductivos.

Reproducción: embarazo y parto

El hecho de que la gestación se produzca en el cuerpo de las mujeres sitúa todas sus fases –el embarazo, el parto y el puerperio– en un lugar privilegiado desde donde analizar los instrumentos que se activan para controlar el poder de decisión de las mujeres. La medicalización de los procesos naturales nos servirá para ilustrarlo.

Como apuntan Dailys García Jordá y 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”.

Sin ningún tipo de duda, el control médico ha conseguido una reducción considerable en las tasas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal, pero, así y todo, sus prácticas son objeto de críticas por dos grandes motivos: el énfasis en los aspectos fisiológicos por encima de los psicosociales y la tendencia a medicalizar procesos biológicos.

La medicalización traslada el ámbito privado a la esfera pública, donde los procesos de gestación dejan de ser un fenómeno compartido entre las mujeres de entornos próximos y pasan a ser controlados por profesionales de la sanidad, que dirigen, deciden y están omnipresentes durante todo el proceso.

En este contexto, desde el inicio de la gestación se insta a las mujeres a utilizar los servicios médicos, los discursos y las prácticas de los cuales se imponen socialmente y que

construirán el eje en torno al cual girará la casi totalidad de sus experiencias a lo largo del proceso. Así pues, el embarazo se presenta como un problema de salud concreto para las mujeres y sus familias. Las vivencias y las percepciones de las mujeres sobre su estado durante el embarazo son descartadas mediante criterios “científicos”, de manera que el embarazo es vivido a través de los y de las profesionales de referencia. Se supone que es el personal sanitario quien conoce “las cosas como tienen que ser”, mientras que las decisiones de las mujeres quedan reducidas durante todo el proceso.

Esta medicalización se traduce, en la práctica, en un cierto número de visitas médicas, analíticas de control, ecografías y pruebas neonatales con unos criterios estandarizados que definen un “buen seguimiento” del embarazo. Cuando estas prácticas se utilizan de manera indiscriminada tienen consecuencias en la salud y los cuerpos de las mujeres, así como en sus vivencias.

Un ejemplo de ello son las cesáreas, los partos traumáticos⁴⁷ (inducciones, extracciones instrumentales y episiotomías), así como el ingreso de bebés en unidades neonatales. Llama la atención que el porcentaje de las cesáreas en el Estado español, uno de cada cuatro partos, supere con creces las recomendaciones de la OMS (2015), que estipula como tasa ideal entre el 10 % y el 15 %. Las recomendaciones apelan a hacer uso cuando esté justificado desde el punto de vista médico, señalan la falta de beneficios para las mujeres o los recién nacidos cuando el procedimiento resulta innecesario, y destacan las consecuencias siguientes: “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”.

Estas prácticas, para mantener la hegemonía, van acompañadas de estrategias como la omisión de información, una condición imprescindible para poder ejercer la libertad de cómo vivir el proceso de gestación, la infantilización de las mujeres, desvalorando sus creencias y prácticas, o la culpabilización de las mujeres que opten por transgredir la norma tomando decisiones fuera del control médico.

Hay estándares de seguimiento de la gestación que favorecen la desigualdad entre mujeres con contextos socioeconómicos y culturales diversos, como es el copago de ciertos fármacos (el ácido fólico es uno) o la rigidez de controles y pruebas médicas, de difícil acceso para mujeres en situación laboral precaria o con cargas familiares.

Estos mecanismos también están atravesados por el modelo hegemónico de familia, de manera que se ejerce control sobre las mujeres, de quienes se pone en cuestión la capacidad de ser madres: mujeres pobres, migrantes o de etnia gitana que son “tuteladas”

47. Forma parte de la denominada violencia obstétrica. Desde una perspectiva feminista, se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y de los procesos reproductivos de las mujeres por parte del personal de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de la medicalización y en la patologización de los procesos naturales. Eso comporta una pérdida de autonomía y de capacidad de decidir libremente sobre el propio cuerpo y la propia sexualidad y tiene un impacto negativo en la calidad de vida de las mujeres (Villegas, 2009). Para saber más: <https://undocs.org/sp/A/RES/71/170>.

durante su proceso de gestación y también después, durante la crianza, a través de un seguimiento social institucional.

Técnicas de reproducción asistida

Las técnicas de reproducción asistida (TRA)⁴⁸ fueron concebidas inicialmente para dar respuesta a las parejas heterosexuales “estables” con problemas de esterilidad, como una manera de poder cumplir con el mandato de la reproducción, así como de mantener la conexión genética o consanguínea definitoria de la parentalitat.

Borrillo, Seffner y Ríos (2018, p. 264) destacan:

[...] “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”.

La homoparentalidad y las familias LGTBI+ cuestionan la conexión biológica de los lazos familiares al evidenciar que esta es solo una de las múltiples formas de crear familias, sin embargo, el vínculo genético con el que se identifica el modelo de familia nuclear sigue operando dentro del colectivo LGTBI+, en el que las TRA se configuran como un espacio privilegiado desde donde reivindicar los derechos reproductivos.

Esta reivindicación, en la práctica, pone de manifiesto la dificultad en superar la vinculación familiar al margen de la heterosexualidad, como es el caso de algunas medidas aprobadas por el Estado español, como la Orden ministerial SSI/2065/2014, que define como criterio de acceso “la ausencia de consecución de embarazo después de un mínimo de doce meses de relaciones sexuales con coito vaginal sin uso de métodos anticonceptivos”. Así, aunque la Ley 14/2006 sobre técnicas de reproducción humana asistida establece en su articulado que “la mujer podrá ser usuaria o receptora de las técnicas reguladas en esta Ley con independencia de su estado civil y orientación sexual”, el criterio de acceso de la Orden SSI/2065/2014 hace que muchas mujeres se vean obligadas a acudir al sistema privado para llevar a cabo su proyecto vital, de manera que se producen desigualdades en el acceso a esta prestación.

Algunas comunidades autónomas –donde se han aprobado en los últimos años legislaciones para eliminar la homofobia, la bifobia y la transfobia– han respondido a estas desigualdades mediante resoluciones que instan a los servicios públicos territoriales a garantizar la no aplicación de la restricción en el acceso a las TRA a las mujeres con una pareja femenina o sin pareja, como es el caso de Cataluña, a través de la Resolución

48. En este apartado de la guía utilizaremos el acrónimo TRA para referirnos a las técnicas de reproducción asistida, para hacer menos pesada la lectura.

1069/2015 del Parlamento de Cataluña, sobre el sistema público de salud, y su transposición al Protocolo de las técnicas de reproducción humana asistida del 2016 (Generalitat de Catalunya, Departamento de Salud, 2016). El despliegue no ha estado exento de dificultades y deficiencias, tal como han ido registrando los movimientos feministas y LGTBI+ a través de la “Campaña feminista por el derecho a la reproducción asistida de todas las mujeres”, y como se señala en el comunicado emitido el 30 de julio de 2017,⁴⁹ que evidencia el sesgo de género y el sexismo de las políticas sanitarias y de las prácticas médicas en el contexto de la salud reproductiva.

El modelo de familia también atraviesa la decisión de las personas a la hora de escoger una TRA u otra, tal como analizaremos a través de la lectura de género de algunas de las técnicas.

Por ejemplo, la **crioconservación de gametos**, concretamente de los ovocitos, es una técnica pensada para dar respuesta al mandato de género, según el cual las mujeres en algún momento de su vida tendrán el deseo de maternidad, sin embargo, por una enfermedad o por la decisión de retrasar en el tiempo el momento de la gestación, se pueden encontrar con dificultades para satisfacerlo. Los servicios públicos de salud solo ofrecen esta técnica a las mujeres en tratamiento, normalmente oncológico, y no a las mujeres que deciden retrasar la maternidad, que tendrán que acudir a una clínica privada, porque las TRA se interpretan como un acto médico y no como un derecho.

Además, desde el modelo de maternidad imperante, esta técnica tampoco se ofrece a los hombres trans* antes de empezar su proceso de hormonación, por si desearan iniciar un proceso reproductivo más adelante.

El deseo de un hombre trans* de gestar es un ejemplo paradigmático del conflicto con el modelo del binarismo, que ve como “incompatible” la gestación con la decisión de vivir como hombre, y pone en duda su identidad por el deseo de gestación.

La **inseminación por semen de donante** es otra de las técnicas que desmonta el mandato de la Masculinidad hegemónica, ya que se puede leer como un cuestionamiento de la virilidad –al ofrecerse como alternativa a la infertilidad masculina en parejas heterosexuales– y, a la vez, pone en juego la paternidad biológica.

Esta técnica también es utilizada por mujeres lesbianas y mujeres cis que desean tener una maternidad en solitario y, aunque se cumpla así con el mandato de género, no dejan de cuestionar el modelo de familia en función de la pareja y el sexo en relación con la reproducción.

Cabe decir que en los procesos de maternidad lésbica a menudo se pone en duda el estatus maternal de la madre no biológica, que es percibida como de “segunda categoría”. Es un conflicto al que las mismas TRA dan respuesta con el método de recepción de ovocitos

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

de la pareja (ROPA) o de fecundación in vitro de una mujer con el óvulo fecundado de la pareja. De esta manera, los lazos consanguíneos se mantienen y se produce un “desdoblamiento” del modelo hegemónico de maternidad, entre una maternidad biológica y una maternidad genética.

Esta técnica, realizada mayoritariamente en clínicas privadas, repercute directamente en el derecho de todas las personas a acceder a las TRA, ya que queda restringida a personas con un nivel adquisitivo elevado.

Otra técnica de reproducción asistida es el lavado de semen en el caso de hombres infectados por VIH o hepatitis B y C. Esta técnica es adoptada por parejas serodiscordantes (término que denomina las parejas en que uno de los miembros está infectado por el VIH y el otro no). Aunque esta técnica posibilitó que las personas con el VIH se pudieran plantear su proyecto reproductivo, los procesos y las prácticas de esta TRA resultaron de acceso difícil para muchas parejas, de manera que se generaba desigualdad. Actualmente, la eficacia de los tratamientos antirretrovirales, que ha llevado a la indetectabilidad vírica y hace que el riesgo de transmisión del VIH sea prácticamente nulo, plantea otros retos y necesidades a las mujeres y los hombres que viven con el VIH ante sus derechos reproductivos.

La gestación subrogada

La gestación por sustitución o subrogada hace referencia al acuerdo (oneroso o altruista) por el que una mujer se compromete a gestar a un bebé para otra persona u otra pareja. No está admitida en el ordenamiento jurídico español, tal como se recoge en el artículo 10 de la Ley 14/2006 sobre técnicas de reproducción humana asistida, lo cual no impide que las personas y parejas acudan a la subrogación transnacional.

La gestación subrogada es una técnica que pone sobre la mesa cuestiones generadoras de un debate extenso, al remover las normas que regulan la construcción social de la maternidad, como son la ruptura entre gestación y maternidad y la autodeterminación corporal.

La gestación subrogada se ha convertido en un tema de inflexión dentro del movimiento feminista mismo. Hay posiciones divididas con respecto a si el acto de delegar en otra mujer la gestación es un proceso de autodeterminación del cuerpo femenino o si, por el contrario, es una forma de explotación. Entre los dos extremos oscila una multiplicidad de matices y posiciones. Estos debates se intensifican en un contexto neoliberal y capitalista, en el que los cuidados, entre los cuales está la gestación subrogada, recaen en mujeres procedentes de contextos económicamente desfavorecidos o mujeres migrantes en situación de precariedad.

Todo lo que hemos expuesto anteriormente nos conduce a la necesidad de profundizar en las reflexiones sobre en qué medida se sigue reproduciendo y manteniendo, a través de las TRA, el modelo de familia hegemónico, sobre la instrumentalización de los cuerpos y la vulneración de los derechos reproductivos, así como sobre la mercantilización de las prácticas médicas en el acceso a estos derechos.

La acogida y la adopción

Se entiende por *adopción* el acto jurídico mediante el cual se crea un vínculo de parentesco entre una o dos personas, de manera tal que se establece entre ellas una relación de paternidad o de maternidad. La acogida es una medida de protección a través de la cual uno/a menor pasa a vivir con una familia que no es la suya, en principio de manera temporal, para evitar situaciones de desamparo. Esta medida podría entroncar con la idea de “tribu”, en la que la responsabilidad del bienestar y el cuidado de las niñas y los niños depende no solo de las figuras de parentalidad sino de toda la comunidad.

Tanto el acogimiento como la adopción son opciones de la gestión reproductiva e introducen nuevos elementos en el análisis de los significados de la parentalidad, al desvincularse de los vínculos genéticos o consanguíneos. Aunque simbólicamente se ha construido como alternativa ante la imposibilidad de tener hijos e hijas de manera biológica, estas opciones de creación de familias pueden representar una filiación claramente dissociada de la reproducción y que permite colocar la autonomía de la voluntad en la creación del vínculo filial. Es decir, la posibilidad de crear y tener una familia deja de depender de la simple capacidad reproductora de las personas y se basa exclusivamente en la voluntad de las progenitoras que dan en adopción y de las adoptantes que acogen (Borrillo, Seffner y Ríos, 2018).

No obstante, estas formas de filiación actualmente continúan condicionadas por el modelo hegemónico de familia, que se materializa en la exigencia de una valoración institucional de la idoneidad legal, psicológica y social de las personas que optan a la adopción, según un ideal que opera como una herramienta de control y poder de este modelo. A ello hay que sumar las limitaciones de las legislaciones sexistas del país de origen de la persona que se adopta que, en muchas ocasiones, prohíben el derecho a las adopciones homoparentales, a personas que viven con el VIH y a otras “maternidades y paternidades” bajo sospecha, una realidad que se configura como un espacio de desigualdades en la gestión reproductiva.

2.3.3. La interrupción voluntaria del embarazo

Son las relaciones de poder, a través del control del cuerpo y de la reproducción, las que se ponen en juego cada vez que una mujer interrumpe un embarazo y que hacen del aborto, tanto en las prácticas como en los discursos, un fenómeno paradigmático para revelar la dinámica de dominación masculina, en que la estrecha línea entre lo que es personal y lo que es político, lo que es público y lo que es privado, se pone en cuestión, y donde entran en juego las connotaciones morales y religiosas atribuidas a la sexualidad, así como los debates éticos sobre los cuales se considera una vida humana.

El orden social vigente sigue privilegiando la homologación de *mujer* con *madre* y excluye los aspectos afectivos y volitivos que implica una maternidad voluntaria. No es posible

reducir la maternidad a sus aspectos biológicos. Nuestra cultura, con sus mandatos sociales, refuerza la noción de *mujer-madre*, incluso la maternidad en sí (Nari, 2004). Las mujeres están obligadas, por circunstancias que les son externas, a tener o no tener hijos. Las mujeres que escogen interrumpir sus embarazos están decidiendo que no quieren ser madres en aquel momento; apropiadas de sus cuerpos, están tomando decisiones reproductivas y rompiendo con la definición de mujer por sus posibilidades reproductivas.

La interrupción voluntaria del embarazo representa una ruptura con cómo se ha estado ejerciendo el control sobre el cuerpo de las mujeres. Así, los significados y las prácticas del aborto voluntario son producto de las relaciones de género y, por lo tanto, confluyen mecanismos de dominación, pero también de resistencia por parte de las mujeres. La culpa, el silencio y la censura social que acompañan el aborto voluntario son un claro ejemplo de mecanismo de subordinación, que lo invisibilizan para evitar que pase de la esfera privada a la pública. El aborto tiene que ser silenciado y las mujeres tienen que saber que han hecho una cosa mala y, por lo tanto, tienen que ocultarlo. Delante de este mecanismo, el movimiento feminista ha respondido con campañas como “Yo también he abortado”, para romper la división entre lo que es personal y lo que es político.

[...] “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 los debates sobre la legalización del aborto, la argumentación de que se trata de un problema de salud pública, fundamentada en las muertes de gestantes que podrían evitarse, se revela como otro mecanismo de control, en el que el sistema médico “escoge” lo más adecuado para las mujeres y ellas no deciden sobre su cuerpo. Como señala Susana Rostagnol (2016), “recurrir a argumentos cientifistas es desactivarlo políticamente”.

Por lo tanto, limitar los abortos a los de tipo terapéutico, es decir, cuando peligra la vida de la madre o del feto, es negar la voluntad de una mujer de no querer ser madre en aquel momento.

Los argumentos científicos también son utilizados en los discursos de los “movimientos sociales antielección” para señalar la existencia de vida y reafirmar su defensa de los derechos del feto, como separados de los derechos de las mujeres y, por lo tanto, del cuerpo de las mujeres. Esta justificación incluso llega a negar el acceso al aborto en los embarazos fruto de violaciones, como pasa en algunas legislaciones, como las vigentes actualmente en El Salvador, Nicaragua, Honduras, la República Dominicana o Andorra, entre otros.

Estas limitaciones para el ejercicio de los derechos se observan en las prácticas y los protocolos sanitarios impuestos a las mujeres, que trasladan el poder de decidir a los y las profesionales de la salud, a través del paraguas de “la objeción de conciencia”, de manera que vulneran el derecho de las mujeres a interrumpir el embarazo, o mediante prácticas como hacer oír los latidos del corazón a la mujer durante la ecografía, con la finalidad de activar el mecanismo de la culpa y persuadirla (coaccionarla) para que cambie de idea y

continúe con el embarazo. También resulta coercitivo el periodo establecido de tres días de reflexión entre la visita médica y la interrupción del embarazo, aunque la decisión de la mujer sea firme, una visita que incluye la entrega de material informativo, en muchos casos no imparcial, sobre ayudas sociales para poder continuar con el embarazo.

Todas estas estrategias cuestionan el derecho y la capacidad de las mujeres de decidir sobre la reproducción. En el caso de las adolescentes, esta capacidad se ve anulada, como pasa en nuestra legislación actual después de la reforma de la ley en el 2015 (Ley orgánica 11/2015, para reforzar la protección de las menores y las mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo), cuando se establece por ley la obligatoriedad del consentimiento paterno o materno para llevar a cabo la interrupción del embarazo a las mujeres menores de 18 años. Son, por lo tanto, mujeres aptas para cumplir el mandato de género de la maternidad, pero no para decidir sobre sus propios cuerpos. La obligatoriedad del consentimiento, además, no tiene en cuenta los contextos sociales y familiares en los que se ha producido el embarazo, tal como reflejan las razones expresadas en un estudio realizado a mujeres adolescentes cuando se les preguntó por los motivos de no informar a los progenitores, entre las cuales destacaban “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 plano político, también se activan mecanismos que favorecen un acceso territorial desigual al derecho al aborto voluntario, aunque haya una ley, como es el caso del Estado español (Ley orgánica 2/2010), que establece que el aborto se puede llevar a cabo por libre elección de las mujeres hasta las 14 semanas, y hasta las 22 semanas si hay riesgo grave para la vida o la salud de la mujer o graves anomalías en el feto. Un ejemplo de ello son las dificultades de acceso al aborto farmacológico, que se tendría que ofrecer a las mujeres hasta las 7-9 semanas de gestación, de manera que se retrasa la decisión de las mujeres, sobre las cuales, durante un periodo, seguirán actuando los mecanismos de control social con el objetivo de persuadirlas de su decisión. O también hay otras dificultades que, en el caso de las mujeres migrantes en situación irregular, se traducen en la exclusión directa del acceso al aborto, desde la aprobación del Real decreto ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad. Estas mujeres, por sus circunstancias socioeconómicas, tienen que recurrir a técnicas poco seguras o a centros de dudosa calidad para interrumpir el embarazo, con el riesgo que eso supone para sus vidas.

Desde un punto de vista interseccional, entender la reproducción como un derecho sexual nos sitúa en la posibilidad de poder decidir si queremos tener hijas/hijos o no, qué número queremos, cuál es el momento más oportuno para cada una de nosotras. Es decir, se trata de poder decidir si este deseo ligado al hecho de tener hijos/hijas forma parte de nuestro proyecto vital como seres humanos; poder plantearnos las formas y los momentos en los que trazar las líneas de este proyecto vital; poder acceder y elegir los recursos, las estrategias y la tecnología reproductiva para poder llevar a cabo las decisiones adoptadas en cada momento en torno a la salud sexual y reproductiva. Y, al mismo tiempo, nos abre la posibilidad de poder dar cabida a otras formas de “familias” y de vínculos para la crianza.

Por lo tanto, y a modo de cierre, hacer efectivos los derechos reproductivos dependerá de la capacidad para reelaborar los modelos de abordaje de las intervenciones en materia de salud sexual desde una perspectiva de derechos.



Bloque 3.

Recursos metodológicos para la promoción de la salud sexual desde un enfoque interseccional y situado

3.1 Claves y herramientas para la intervención comunitaria

- 3.1.1 Antes de empezar
- 3.1.2 Detección y diagnóstico de necesidades
- 3.1.3 Diseño de la intervención
- 3.1.4 Despliegue de la intervención
- 3.1.5 Evaluación

3.2 ¿Cómo se pueden atender las necesidades específicas de las personas en la promoción de la salud sexual?

3.3 Algunas especificidades que hay que tener presentes en la intervención comunitaria

- 3.3.1 Diversidad cultural
- 3.3.2 Diversidad generacional: niñas y niños, adolescentes-jóvenes y personas mayores
- 3.3.3 Diversidad funcional

3.1. Claves y herramientas para la intervención comunitaria

En este último bloque definiremos las fases del ciclo de la intervención comunitaria: el diagnóstico de necesidades de la comunidad; el diseño y la planificación; el despliegue de la intervención, y, finalmente, la evaluación de los resultados. Más que aportar una recopilación exhaustiva de herramientas técnicas para promocionar la salud sexual, queremos proporcionar reflexiones y claves metodológicas desde una mirada feminista interseccional y situada, para impulsar intervenciones comunitarias sobre la salud sexual desde un enfoque de derechos.

Si hay algo que, sobre todo, nos han aportado los feminismos es la pregunta como herramienta básica de análisis. Por este motivo, en la descripción de cada una de las fases del ciclo de intervención, se encuentran preguntas que esperamos que faciliten el diseño de la metodología y el aterrizaje de los contenidos de los bloques anteriores a cada contexto de actuación.

Por lo tanto, más que proponer una receta técnica para llevar a cabo intervenciones comunitarias, la intención de este bloque es hacer operativos los enfoques y los contenidos de la guía para trasladarlos a la realidad comunitaria de las agentes y acercar de manera práctica los derechos sexuales a la ciudadanía.

En el punto 1.3 hemos hablado sobradamente sobre cómo intervenir en el ámbito comunitario. Para empezar este último bloque, consideramos necesario volver a poner en común una definición sobre lo que entendemos por *intervención comunitaria*:

[...] “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)

Partiendo de esta definición, podríamos definir la intervención en salud sexual comunitaria como el conjunto de acciones comunitarias que facilitan el ejercicio de los derechos sexuales, la autodeterminación de las personas en relación con el cuidado de su salud sexual y la mejora de los contextos y determinantes sociales de la salud 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 microsociales y la participación de las comunidades, las instituciones y sectores sanitarios y no sanitarios en la toma de decisiones”. (Restrepo, 2003)

Cuidar de nuestra salud es poder ejercer todos nuestros derechos sexuales, y tomar conciencia de los derechos sexuales es una base indispensable para disfrutar de la salud sexual. En este sentido, queremos dar un paso más allá en la promoción de la salud sexual y ampliar nuestro horizonte de posibilidades a fin de que el conjunto de los derechos sexuales sea respetado, protegido y satisfecho por todas las personas que forman parte de nuestras comunidades.

Cuando pensamos en los derechos sexuales no nos tenemos que centrar directamente en las posibles problemáticas, las necesidades o las carencias de la comunidad, por ejemplo, en la prevención de riesgos de transmisión de ITS y VIH y de embarazos no planificados. Para abrir nuestra mirada, una vez más nos puede ayudar concebir las sexualidades de las personas como uno de los motores más potentes del crecimiento personal, del desarrollo de la propia personalidad y de las relaciones sociales.

Cuando hablamos del ejercicio de los derechos sexuales, no sólo estamos hablando del acceso a la atención en salud sexual o de recibir información veraz, oportuna, científica y sin prejuicios, sino que apuntamos más lejos: a la posibilidad de que todas las personas, sin ninguna discriminación, podamos tomar nuestras propias decisiones en todo lo relacionado con nuestras sexualidades; estamos hablando de autonomía y del derecho a decidir sobre nuestros cuerpos.

Recalamos esto porque tradicionalmente las intervenciones comunitarias en este ámbito se han centrado en las personas jóvenes o en las mujeres en edad reproductiva, dejando de lado a otras personas como, por ejemplo, las personas mayores, las personas con diversidad funcional, la gente recién llegada, las personas con VIH o las lesbianas, entre otros.

Por descontado, consideramos importante promocionar la salud sexual entre la juventud o entre las mujeres en edad reproductiva, pero la promoción de la salud sexual no puede centrarse en enfoques exclusivamente vinculados a la prevención biomédica de determinados riesgos biológicos y dejar de lado otros aspectos primordiales de los derechos sexuales y olvidar las necesidades de una buena parte de las personas de la comunidad.

Por lo tanto, en los apartados siguientes trataremos de aportar claves metodológicas para facilitar el disfrute de los derechos sexuales y la autodeterminación de las personas en relación con las estrategias de cuidado de la salud sexual.

3.1.1. Antes de empezar

Antes de empezar a elaborar nuestra intervención comunitaria conviene definir algunos elementos:

El objeto de la intervención comunitaria:

¿qué temas concretos queremos trabajar?

Las personas destinatarias:

¿a quién nos dirigimos?

El objetivo de la intervención:

¿con qué finalidad queremos intervenir? ¿Qué queremos transformar?

El marco teórico:

¿qué enfoques sustentan nuestra intervención?

La respuesta a alguna de estas preguntas puede incluir el conjunto de criterios y definiciones que nos ayudarán a delimitar conceptualmente nuestra intervención comunitaria, su diseño, y las estrategias y las metodologías que utilizaremos.

En esta fase, podemos dar los pasos siguientes, que nos facilitarán el trabajo posterior:

1. Predefinición del objeto: ¿qué temas concretos queremos trabajar?

Más adelante se pueden redefinir de manera participativa según los resultados del diagnóstico. Partiendo de los derechos sexuales (derecho a la información, a la equidad, a decidir sobre el cuerpo, a la autonomía y a la libertad sexual, a la seguridad del cuerpo, etcétera), podemos trabajar multitud de temas concretos: la educación sexual, la coeducación, el sexismo, la deconstrucción de la Masculinidad hegemónica, la diversidad sexual y de género, la visibilización de la intersexualidad, la asistencia sexual, la diversidad familiar, las decisiones reproductivas, la prevención de las violencias sexuales, las estrategias para el cuidado de nuestra salud sexual, etcétera.

2. Las personas destinatarias: ¿a quién nos dirigimos?

Estamos en la fase inicial; por lo tanto, se trata de predefinir a las personas con las cuales queremos trabajar y contextualizar nuestro objetivo inicial dentro del entorno comunitario. En el apartado que sigue, se ofrecen herramientas útiles para hacer un diagnóstico participativo de la comunidad.

3. El objetivo de la intervención: ¿con qué finalidad queremos intervenir? ¿Qué queremos transformar?

Los objetivos son la motivación de nuestro trabajo. En este sentido, tendrán que ver con nuestro marco teórico, con el diseño y el despliegue de nuestras intervenciones

y, en última instancia, con la filosofía que nos mueve. Es imprescindible definir bien los objetivos (aunque después los reformulemos), dejarlos por escrito y que todas las personas que formen parte del equipo los tengan presentes en las fases del ciclo.

Para conseguir todo eso, es útil generar un cuadro en el que se indiquen objetivos generales y específicos y, también, si lo queremos, objetivos operativos, que son las acciones o actividades concretas que queremos llevar a cabo.

4. Decisión sobre nuestro marco teórico: ¿cuáles son los enfoques que sustentan nuestra intervención?

El marco teórico es el conjunto de teorías que fundamentan nuestra intervención. Condicionará los objetivos y los métodos que utilizaremos y pueden beber de disciplinas diversas. El marco teórico se puede definir, también, como el conjunto de ideas y conceptos que decidimos tomar como modelos, que nos ayudan a problematizar nuestra mirada y a definir cuáles son los resultados que queremos obtener.

Ningún enfoque es neutro; todos se hacen desde un posicionamiento político determinado; por eso es importante construir nuestro marco teórico antes de empezar. También desde un punto de vista ético es conveniente explicitarlo en la difusión del proyecto que desplegaremos, en su desarrollo, en el informe o, si procede, en la memoria de la intervención.

A continuación, presentamos un cuadro resumen de los principales enfoques de esta guía, para facilitar a las agentes comunitarias la definición del marco teórico de sus intervenciones comunitarias de promoción de la salud sexual.

Cuadro resumen de los principales enfoques de esta guía

Enfoque integral de la salud: Entiende la salud sexual como un estado del bienestar (subjetivo) físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, y de autonomía para expresar y manifestar formas diversas de vivir las sexualidades.

Constructivismo social: Entiende la Sexualidad como una construcción histórica y política, y pone de manifiesto cómo los procesos de salud no se desarrollan independientemente de los contextos sociales, los cuales pueden aumentar las desigualdades en temas de salud.

Perspectiva de los derechos sexuales: Promueve la autonomía, el empoderamiento y la capacidad de decidir de las personas en todo lo relacionado con sus sexualidades y el cuidado de su salud sexual.

Perspectiva feminista: Problematiza las relaciones de género, las categorías sexo-género, los roles y las relaciones de poder, y pone de relieve de qué modo las desigualdades de género afectan a la salud sexual y nos impiden disfrutar de los derechos sexuales.

Perspectiva interseccional: Aborda las desigualdades estructurales (relacionadas con el género, la raza, la clase, las capacidades funcionales, la preferencia-opción

sexual, entre otros) que, de manera interconectada, dificultan el disfrute de los derechos sexuales.

Perspectiva de las diversidades: Posibilita visibilizar todas las identidades, las situaciones y las maneras de expresar y vivir las sexualidades y las relaciones afectivas de una forma no jerárquica y, al mismo tiempo, da respuestas a las necesidades específicas de las personas.

El modelo de intervención en salud sexual comunitaria que proponemos parte de la combinación y la interrelación de todos y cada uno de estos paradigmas. Tal como hemos señalado, este marco no es neutro: es político y toma una posición clara y definida sobre los derechos sexuales que determinará el abordaje sobre la promoción de la salud sexual comunitaria y un compromiso con el cambio y la transformación social.

Para diseñar la intervención se puede partir de estos paradigmas o bien centrarse en los que se adecuen mejor a la filosofía de nuestra entidad o de nuestro servicio. Igualmente, este marco teórico se puede complementar con otros enfoques que consideramos pertinentes para el proyecto que queremos emprender.

Algunas cuestiones que nos pueden ayudar a adaptar el marco teórico a nuestra práctica y a nuestro contexto comunitario son:

¿Tiene mi organización un posicionamiento político en relación con los derechos sexuales?

¿Estamos comprometidas con la transformación de las desigualdades de género?

¿Qué aspectos de nuestras sexualidades nos debemos revisar antes de promocionar la salud sexual?

¿Qué dimensiones constituyen la posición social desde la cual intervenimos?

¿Cómo incorporamos la perspectiva de las diversidades?

¿Cómo promovemos el derecho a decidir de las personas?

¿Reconocemos el trabajo de los movimientos feministas sobre los derechos sexuales?

La respuesta a estas preguntas nos ayudará a diseñar nuestra intervención y a definir nuestros objetivos y las estrategias y los instrumentos que nos facilitarán llevar a cabo nuestros propósitos.

Algunas claves metodológicas para la intervención en salud sexual

En consonancia con el marco teórico propuesto en esta guía, las metodologías para la intervención comunitaria en salud sexual que se proponen a continuación se han elaborado desde los feminismos.

Estas claves metodológicas nos pueden acompañar a lo largo de todo el ciclo de la intervención: nos permiten detectar necesidades y analizarlas y hacer propuestas de transformación; nos ayudan a definir nuestros objetivos y a diseñar nuestras intervenciones; nos facilitan escoger los contenidos prioritarios, los instrumentos, los materiales de apoyo; nos interpelan (a las agentes comunitarias y a nuestras organizaciones) como agentes de cambio social.

Aunque están muy relacionadas entre sí, las explicamos en formato de cuadro para facilitar su lectura y proponemos ejemplos para adaptarlas a nuestra práctica comunitaria:

La reflexibilidad: se puede definir como un proceso político de reflexión personal y colectiva en el cual se problematizan cuestiones de índole práctica y cotidiana incorporadas como parte del sentido común dominante o la normatividad imperante en el contexto. Es la habilidad para reconocer que se parte de un punto de vista subjetivo que condiciona el proceso de intervención comunitaria. Nos puede ser muy útil para **entender la propia posición dentro del contexto social** al que nos dirigimos.

Si queremos poner en marcha una intervención con niños: ¿qué elementos de nuestra sexualidad nos tenemos que revisar para acompañar el desarrollo de las sexualidades en la infancia?

Si queremos poner en marcha una intervención para visibilizar de manera positiva la diversidad sexual y de género, ¿nos puede ayudar preguntarnos cómo nos ha influido la heterosexualidad como norma? ¿Hemos disfrutado de sus privilegios?

Los conocimientos situados: se trata de la acción de reconocer y visibilizar el lugar desde el cual interpretamos el mundo, su configuración en términos interseccionales y políticos y su efecto sobre los saberes y los conocimientos que producimos. Un marco feminista considera que el conocimiento está sujeto a marcos de interpretación y a relaciones de poder y, metodológicamente, busca escuchar voces diferentes en contextos donde se privilegian unos conocimientos frente a otros.

Cuando trabajamos con personas nos encontramos con múltiples dimensiones, y en cada situación concreta tenemos que ver cuáles son relevantes para nuestra intervención. En este sentido, cada intervención es diferente, dado que se construye a partir de las necesidades, los saberes y los deseos de las personas participantes:

Si queremos hacer una intervención con perspectiva intercultural y queremos evitar caer en el etnocentrismo, ¿qué conocimientos y saberes tengo que incorporar a mi

intervención para poder trabajar con personas con códigos culturales diferentes de los míos?

Si estamos desarrollando una intervención sobre educación sexual, es conveniente reconocer y explicitar desde dónde hablamos: ¿qué aspectos forman mi posición social y qué elementos son relevantes en mi sexualidad? ¿Mi preferencia-opción sexual y mi identidad entran dentro de la norma? ¿Cuál es mi bagaje profesional, cultural, etcétera?

Por ejemplo, si queremos realizar una intervención de educación sexual para jóvenes y consideramos como relevantes la dimensión intercultural o la precariedad económica, a la hora de pensar un recurso audiovisual nos serán más útiles unos referentes próximos a su realidad que un recurso protagonizado por personas blancas de clase media.

Por último, una metodología situada significa incorporar a nuestras intervenciones un carácter crítico y transformador sobre el marco hegemónico de la Sexualidad y las desigualdades sociales, para favorecer la construcción de otras formas de existencia y mundos posibles donde podamos disfrutar plenamente de nuestros derechos sexuales.

El desplazamiento de las diversidades en el centro de la mirada: posibilita desplazar al centro de la intervención comunitaria todas las identidades y todas las situaciones y maneras de expresar y vivir las sexualidades y las relaciones afectivas de una manera no jerárquica, y, al mismo tiempo, da respuestas a la hora de detectar y atender las necesidades específicas de las personas en salud sexual. En la práctica, se trata de hacer visible lo invisibilizado y dar valor a lo desvalorizado:

Si queremos realizar una intervención de prevención de transmisión del VIH, ¿cómo incorporamos a la intervención las sexualidades de personas no heteronormativas, de personas que viven con el VIH o de personas con diversidad funcional?

Las metodologías participativas: consisten en situar a las personas como protagonistas y sujetos activos en la construcción de sus derechos sexuales, en la detección de sus propias necesidades, en la producción de sus propios saberes y en la elección de las estrategias de cuidado de la salud sexual que se adapten mejor a su contexto.

Una metodología participativa siempre implica no perder de vista el plano igualitario en la relación de las agentes comunitarias con las personas de la comunidad; supone validar los conocimientos de las otras para abrir espacios de producción de saberes colectivos, e implica desmontar, diluir la figura de autoridad de la agente comunitaria. Si queremos promover relaciones igualitarias, tenemos que tratar a las personas en un plano de igualdad; eso implica romper la lógica que coloca a la agente como portadora de conocimientos y las personas participantes como receptoras de estos conocimientos, y abrir espacios de interacción en los que los saberes se construyen conjuntamente.

La responsabilidad social de la agente comunitaria: en relación con lo que acabamos de comentar, tenemos que romper con el uso instrumental de las personas y los colectivos. Como agentes comunitarias, tenemos responsabilidades hacia la comunidad. Estas responsabilidades no tan solo tienen que ver con disponer de fondos públicos, sino también con el impacto de nuestras intervenciones en la vida de las personas; debemos asegurarnos mucho de no generar efectos negativos.

Por ejemplo, si estamos desarrollando una intervención de prevención del VIH, debemos estar atentas a no reproducir prejuicios que están relacionados con ello como, por ejemplo, la serofobia, la homofobia o el estigma hacia las personas con consumo problemático de heroína.

Si utilizamos metodologías participativas, deberíamos incluir las voces de la comunidad desde el comienzo y durante todas las fases del ciclo de la intervención comunitaria; sin embargo, es importante la devolución a la comunidad de los resultados y la evaluación. Debemos ser conscientes de nuestra responsabilidad social y cuidar los vínculos que construimos para mantener la confianza de las personas y los colectivos implicados.

Además, desde la perspectiva de derechos, hay que tener presentes también:

- **El principio de interdependencia de los derechos sexuales:** no perdamos nunca de vista su condición de interrelación. Los derechos se complementan de forma conjunta, de manera que el pleno ejercicio de cada uno de los derechos no es posible sin el desarrollo del resto.

Si pensamos en una intervención sobre la promoción del uso de anticonceptivos, además del derecho a la información y a planificar una familia, tenemos que incluir los derechos a la equidad, a decidir sobre el cuerpo, a la autonomía, a la libertad sexual, etcétera.

- **El carácter universal de los derechos sexuales:** debemos velar por el respeto a los derechos sexuales de todas las personas, de todas las edades y de todas las opciones.

Si en una intervención sobre cualquier temática vinculada a la salud sexual aparecen comentarios racistas, LGTBIfóbicos, sexistas, capacitistas, edadistas y otros que vulneren derechos, tenemos que posicionarnos claramente y dejarlo pasar a fin de que el derecho a la equidad sexual no resulte afectado y toda la intervención deje de tener sentido.

Si estamos desarrollando una intervención sobre diversidad familiar, también debemos hacer valer la decisión de las personas de no reproducirse.

- **La promoción de los derechos sexuales como promoción de procesos de empoderamiento, agencia y resiliencia:** recordamos que el derecho a decidir sobre el propio cuerpo es la base para generar procesos colectivos, presentes también en nuestras intervenciones, que incrementen la construcción de autonomía de las personas y amplíen su destreza para decidir sobre las estrategias de cuidado de su salud sexual y transformar sus entornos.

3.1.2. Detección y diagnóstico de necesidades

Elaborar buen diagnóstico comunitario es esencial para llevar a cabo intervenciones comunitarias que se adecuen a las necesidades de las personas y mejoren las capacidades para cuidar su salud sexual. En pocas palabras, diagnosticar es determinar cuáles son las necesidades, las problemáticas y las preocupaciones de las personas con las que trabajaremos, y el estado de la cuestión y de qué elementos, limitaciones y potencialidades partimos. El diagnóstico nos ofrece, por una parte, una información básica para programar intervenciones concretas y, además, nos puede servir para formular los objetivos de la intervención y las estrategias de actuación.

En esta fase, concretamos el “problema” sobre el que queremos trabajar, a quién afecta y qué queremos conseguir con nuestra intervención. **A la hora de llevar a cabo el diagnóstico, es importante contextualizar la comunidad** efectuando una identificación previa, por ejemplo, de las características sociodemográficas y socioculturales, los niveles educativos, los sistemas de salud, las necesidades, los problemas, o los recursos y dinámicas comunitarias. Eso nos guiará hacia la formulación de propuestas. Antes de definir y diseñar nuestra intervención comunitaria tendríamos que hablar con muchas otras personas: profesionales que trabajan en la comunidad, personas voluntarias y personas destinatarias de la intervención. Pero también podemos decidir tener en cuenta otros perfiles como, por ejemplo, personas influyentes en el contexto en el que se inserta la intervención, público indirecto, especialistas en el tema o personas que tengan una experiencia relevante, etcétera.

El diagnóstico que proponemos:

Incorpora la participación de las personas destinatarias de la intervención. Es importante que, desde el comienzo, las personas sean protagonistas en la definición del diagnóstico, los problemas, los objetivos y las alternativas, así como en la evaluación de la intervención.

En muchos casos, las intervenciones se limitan a acciones puntuales sin tener en cuenta la opinión de las personas destinatarias. Si queremos trabajar el empoderamiento y la igualdad de género, ¿por qué no incorporamos sus voces desde el diseño de la intervención?

Refleja la multiplicidad de voces teniendo en cuenta las relaciones de poder que se dan en el contexto comunitario y su representación. Tenemos que ir con cuidado de no ocultar que entre personas con perfiles similares o experiencias comunes puede haber desigualdades importantes. Estas diferencias de poder y de rol en el grupo también nos proporcionan mucha información sobre las dinámicas sociales y es interesante recogerlas.

Por ejemplo, si se trata de un grupo de personas mayores, podemos detectar si hay relaciones desiguales de género que serán relevantes para el diseño de nuestra intervención.

Incorpora las subjetividades contextualizadas: permite acceder al universo de significación de las personas, destacarlo y situarlo en un contexto dado.

Tiene un alcance comunitario: no se trata de diagnosticar la situación de un individuo, un grupo o una institución sino las necesidades de una comunidad.

El diagnóstico es el punto de partida del diseño de nuestras intervenciones. **Es importante ser conscientes del tiempo que se puede dedicar a ello** con el fin de planificar el diagnóstico de una manera realista. Las técnicas que se plantean a continuación deben adecuarse a nuestras posibilidades y adaptarse a cada proceso y a cada contexto de intervención: no es necesario utilizar todas las herramientas de investigación, ni tampoco explorar todos los ámbitos de actuación.

Documentación

Una vez tengamos claro lo que queremos investigar con nuestro diagnóstico, hay que recopilar la información teniendo siempre presente que la finalidad es detectar necesidades, establecer puntos fuertes y puntos débiles y plantear las líneas principales de la futura intervención comunitaria.

La documentación es una herramienta de investigación que podemos utilizar durante todo el ciclo de la intervención, pero en esta fase es cuando tiene más protagonismo. Necesitamos recopilar toda la información posible relacionada con nuestro proyecto y también información sobre estudios, memorias, evaluaciones, etcétera, de proyectos parecidos al nuestro y que nos faciliten el diseño de nuestra intervención en salud sexual. Puede ser muy útil, por ejemplo, **hacer una revisión de las intervenciones realizadas hasta ahora o actividades relacionadas** con nuestra intervención:

- ① ¿Hay intervenciones previas? ¿Cómo ha sido la acogida por parte de la comunidad? ¿Qué han aportado? ¿Qué dificultades se han encontrado?

Es importante recoger información de dos tipos de fuentes: primarias, es decir, aquellas a las que accedemos directamente, y secundarias, que serían fuentes a las que accedemos a través de otras investigaciones, de la prensa, de encuestas realizadas por otras personas o instituciones, etcétera.

Las fuentes deben estar bien citadas, excepto en el caso de fuentes primarias con las que nos hayamos comprometido a mantener el anonimato. En este caso, debemos indicar si hemos cambiado el nombre de las personas consultadas o entrevistadas, y seremos nosotras las “fuentes” fiables de donde procede la información, ya que se nos ha transmitido directamente.

A continuación, explicamos varias técnicas para recoger información de fuentes primarias para confeccionar nuestro diagnóstico.⁵⁰

50. Para encontrar materiales de apoyo y orientaciones metodológicas, puedes consultar el proyecto Evalúa+, disponible en <http://salutsexual.sidastudi.org/es/zonapedagogica/evalua>.

La encuesta:

Es un método cuantitativo que recoge información a través de un formulario o cuestionario que debe ser respondido por una muestra de población, es decir, por un número determinado de personas que consideraremos representativo.

El objetivo de la encuesta es generar una serie de datos cuantificables, es decir, que podamos agrupar en pequeñas porciones según un consenso más o menos amplio. Es necesario que los conceptos que utilizamos, las variables, las situaciones que queremos cuantificar, sean fácilmente reconocibles en un contexto dado, tanto para las personas estudiadas como para el público que recibirá los resultados (nosotras mismas, el equipo del programa, la institución que ha hecho el encargo, la comunidad científica, etcétera).

Las preguntas pueden ser abiertas (la respuesta es libre) o cerradas (se ofrecen de antemano dos o más respuestas posibles). Un cuestionario con preguntas cerradas es más fácil de comparar y el vaciado será más rápido, pero no siempre es posible o útil para nuestros objetivos. Si se ha introducido a las personas en el tema y ya han podido estructurar un poco su opinión, una encuesta con preguntas cerradas puede ser eficaz. Si no es el caso, es mejor hacer algunas preguntas abiertas. Las preguntas cerradas también pueden funcionar dependiendo del grado de conocimiento general sobre tema —si el tema es bien conocido, si es fácil de identificar porque está presente en los medios de comunicación, si es común en el entorno profesional o de edad de las personas encuestadas. Si hay dudas sobre la definición de los términos utilizados, fuertes debates, ambigüedad, etcétera, es mejor utilizar preguntas abiertas.

Una de las dificultades principales a la hora de construir las preguntas para un cuestionario es el uso de ciertos conceptos que aluden a problemáticas estructurales que atraviesan a la sociedad. Entendemos que son estructurales las maneras de mirar, ideas, actitudes, conductas y situaciones que disfrutan de un recorrido histórico, están ancladas en instituciones formales e informales, en maneras de hacer tradicionales y son habitualmente normalizadas a través del olvido de la misma historia que las ha anclado. Son las ideas y los comportamientos que percibimos como “naturales” y que solemos interiorizar y encarnar a lo largo de la vida.

- ⊙ Si queremos llevar a cabo una encuesta sobre la percepción de la violencia sexual, por ejemplo, debemos tener en cuenta que el término mismo tiene significados diferentes según las experiencias de las personas y según las posiciones estructurales que ocupen en la sociedad (que implican más o menos poder social) y que, por sus características (interiorización y normalización de la violencia hacia las mujeres y disidencias sexuales), pueden ser difíciles de detectar. En este sentido, aportar elementos descriptivos, concretar el contexto de la situación, evitar adjetivos o adverbios cuantitativos (mucho, poco, demasiado, etcétera), puede ayudar a evitar sesgos.

Conviene que el cuestionario sea gradual en dificultad y aproximación al tema. Las preguntas de filtro tienen que ir al principio (preguntas que invalidan el cuestionario, por ejemplo, si buscamos personas con una característica específica). Puede haber una parte

introdutoria con preguntas más fáciles, la parte central y una parte final conclusiva y más sencilla, o bien pueden estar organizadas por bloques temáticos. Se denomina “secuencia del embudo” el orden de preguntas que va de más general a más específico. Aquí se pretende evitar que las primeras preguntas condicionen o sesguen las siguientes. La “secuencia del embudo invertido” es útil cuando queremos profundizar en un tema, es decir, conocer qué motiva la posición de la persona entrevistada.

- ⊙ Por ejemplo, podemos preguntar primero si está a favor o en contra del aborto y después preguntar sobre condicionantes sociales que puedan explicar esta posición.

Grupo de discusión:

Esta herramienta consiste en organizar un encuentro de un grupo de personas para debatir una o más preguntas relacionadas con el tema de la intervención. El grupo focal nos permite acceder a relatos y opiniones individuales en un contexto de interacción, lo cual permite, además, observar cómo se construye el relato colectivo, cómo se relacionan entre sí las personas implicadas, qué jerarquías hay, etcétera. La idea del grupo de discusión es que las personas participantes puedan dialogar entre sí sobre un tema propuesto. Debe haber una persona moderadora que conduce el debate, plantea los temas, se preocupa por que se puedan expresar todas las voces, etcétera. Si es posible, se recomienda que una persona diferente de la moderadora ejerza la observación y el registro.

Aspectos que hay que tener en cuenta:

- No se trata de una mediación ni hay que llegar a consensos.
- Conviene que estén representadas opiniones diferentes, pero no hay que buscar la confrontación.
- Es recomendable que el grupo no sea de más de diez personas. Si decidimos trabajar con un grupo más amplio, tendremos que poner en marcha dinámicas de discusión para grupos más pequeños y retorno a todo el grupo.

Formar el grupo

Para formar el grupo buscamos perfiles más o menos similares: personas que ocupan un mismo lugar en el proyecto, por ejemplo, usuarias de un servicio o jóvenes a las que se han impartido talleres; personas que hayan pasado por una experiencia vital similar, aunque sus vivencias y sentimientos sean diferentes; personas de una misma franja de edad, situación laboral, identidad sexual o de género, etcétera. También se utiliza la expresión grupo de iguales, aunque tenemos que ir con cuidado de no ocultar que, entre personas con perfiles similares o experiencias comunes, puede haber desigualdades importantes. Estas diferencias de poder y de rol en el grupo también nos proporcionan mucha información sobre las dinámicas sociales y es interesante recogerlas.

Cómo moderar un grupo

Aquí proponemos un ejemplo de las etapas de un grupo de discusión con una duración de una hora y media aproximadamente:

1. Presentación de la persona entrevistadora y ronda de presentaciones de las personas asistentes. Se explica bien el objetivo de la entrevista y cuáles son las consignas del debate: no juzgar, respetar los turnos, razonar los argumentos y explicar hasta donde se desee. Ninguna participante está obligada a exponerse. Se pide que cada persona explique alguna cosa sobre sí misma: situación personal, entretenimientos, etcétera (10-15 minutos)
2. Exploración inicial. Entrar en el tema con preguntas generales: ¿cuál es vuestra relación con el tema? (10-15 minutos)
3. Se indagan necesidades: ¿cuáles son tus necesidades con respecto al tema y por qué? ¿Qué sientes con respecto al tema, cuáles son tus reflexiones, etcétera? Hay que procurar que las respuestas estén argumentadas y que se expongan los “por qué” más que los “qué”. (10-15 minutos)
4. Se indagan conflictos, experiencias con respecto al tema. Se trata de profundizar. (15-20 minutos)
5. Se indagan valoraciones y propuestas para el futuro, propuestas de mejora o nuevas. Si ya existen propuestas o hay planes, se plantean y se recogen las opiniones y reflexiones. (15 minutos)
6. Se efectúa el cierre, se agradece la participación y se pide que se valore la actividad: ¿se ha estado a gusto? ¿se ha podido expresar todo lo que se quería o han quedado cosas por decir? (10 minutos)

Para recoger la información podemos utilizar medios de registro audiovisuales (con consentimiento previo). Si utilizamos solo audio, hay que tomar notas sobre lo que percibimos de manera no verbal: movimientos, posturas corporales, silencios, gestos, etcétera. Tratar de describir la situación en el momento, con algunas anotaciones, puede ser interesante para avanzar en el vaciado y la interpretación, porque en el momento que escribimos ya estamos interpretando. Después del encuentro, tenemos que vaciar los discursos que hemos recogido y clasificarlos por temáticas o conceptos clave, para ponerlos en común con el resto de la información que estamos recogiendo a través de la documentación, la observación y las entrevistas.

La entrevista:

Es una herramienta de investigación cualitativa; no busca elementos que se puedan cuantificar sino información más detallada, descriptiva y explicativa y también emociones y puntos de vista. Es un diálogo directo que mantenemos con una persona la experiencia o conocimiento de la cual consideramos relevante. A través de la entrevista podemos acceder a una narración de hechos del pasado, o que no podemos observar, siempre desde un punto de vista subjetivo o de la experiencia de la persona entrevistada.

Si tenemos un mapa de actores/as, decidir a quién entrevistamos puede ser más fácil. Después de una primera fase en la que utilizamos estas técnicas, podemos seleccionar “informantes clave”,⁵¹ es decir, personas en las que hemos detectado una diversidad de discursos, puntos de vista o conocimientos que nos puedan servir para alcanzar lo que necesitamos. A veces, la elección también está condicionada por la disponibilidad y voluntad de las personas: la entrevista requiere más dedicación de tiempo y, si hay buena disposición, será más fácil mantener el contacto, volver a quedar, aclarar dudas que puedan surgir más adelante, etcétera.

Si empezamos nuestro trabajo de campo⁵² a través de la entrevista, tanto si es porque no hay un lugar físico por anticipado donde observar como porque no hay un “grupo de personas delimitado”, podemos utilizar la técnica de la “bola de nieve”, que consiste en conocer nuevos informantes a través de las personas que entrevistamos.

¿Cuántas entrevistas hay que realizar? Tantas como discursos queramos recopilar. Cuando los discursos se empiezan a repetir, se produce la “saturación” y es el momento de parar. Puede pasar de que por falta de tiempo o recursos no podamos seguir realizando entrevistas, aunque oímos que todavía no tenemos puntos de vista o experiencias suficientes. Es importante ser conscientes de estos límites y expresarlos. También se puede intentar cubrir estas carencias con técnicas que requieran menos tiempo o recursos, como pueden ser conversaciones rápidas en persona, por teléfono o un grupo de discusión.

Algunas indicaciones:

- Hay que tener siempre presentes los objetivos de la entrevista y el tiempo del que disponemos. Se recomienda que no dure más de dos horas.
- El registro de la entrevista se puede hacer a través de notas en papel o grabación de audio. Hay que acordarse de pedir permiso para grabar y para hacer uso de datos personales. Es importante cuidar el anonimato y no facilitar comentarios que puedan dar lugar a “rumorología”.
- Hay que explicar quiénes somos y para qué es la entrevista.
- Es necesario observar el contexto de la entrevista y buscar un lugar tranquilo, libre de distracciones y ruido donde se pueda garantizar la privacidad. Puede ser positivo entrevistar a la persona en su propio contexto; estará más cómoda al encontrarse en su espacio de seguridad.
- Conviene empezar con preguntas más generales e ir pasando a las concretas.
- La entrevista se centra en la persona: en sus opiniones, relatos, experiencias: todo eso no es cuestionable. No debemos emitir juicios de valor, aunque nuestra opinión sea completamente diferente.

51. Denominamos *informantes* a todas las personas que nos pueden facilitar información en nuestro proceso de investigación. Son básicamente las personas que participan en el proyecto, plan o servicio que evaluamos.

52. Llamamos *trabajo de campo* a nuestro proceso de investigación, en el que recopilamos todos los datos y las informaciones necesarias.

- Hay que intentar profundizar en los temas planteados y no quedarse con opiniones superficiales, sino buscar valoraciones, experiencias, relatos completos, etcétera.
- La actitud de quien entrevista tiene que ser pasiva, de escucha y facilitación. Conviene mirar a la persona entrevistada, dejarle tiempo para pensar, responder, no interrumpir. También conviene mostrar interés, ordenar el discurso y cerciorarnos de que lo hemos entendido.

Tipos de entrevista

- **Las entrevistas cerradas o directivas** consisten en la administración de un cuestionario de manera presencial y personal. Esta técnica también la podemos considerar una modalidad de encuesta que simplemente permite aclarar dudas, observar o “controlar” cómo se rellena el cuestionario.
- **Las entrevistas semiestructuradas** giran en torno a un tema concreto. Es importante reconducir el diálogo si la persona se desvía, y plantear preguntas concretas para que pueda entender qué queremos saber. Las preguntas deben ser abiertas para poder recoger varios matices y que la información, aunque filtrada, sea lo más detallada posible.⁵³
- **La entrevista abierta o libre** puede abarcar múltiples temáticas y, partiendo de preguntas o temas de conversación, puede desviarse hacia cuestiones que interesen o afecten más a la persona entrevistada. También busca centrarse más en su biografía y, por eso, podemos remontarnos más en el tiempo, mucho antes. Conviene llegar a la entrevista con un guion que nos permita explorar los temas que nos interesan y navegar por temporalidades diferentes, y que al mismo tiempo nos permita no salir del guion predefinido. Obviamente, este tipo de entrevistas requieren más tiempo y recursos.
- **La historia de vida** es un relato más profundo y con más detalle centrado en la biografía de la persona, es decir, en su trayectoria y sus momentos vitales clave en un contexto o contextos dados. Suele requerir varias entrevistas y encuentros con la persona y hay que conseguir un cierto grado de confianza e intimidad. Aquí prevalece la subjetividad, la manera de pensar, las motivaciones de la persona y su relación con el mundo, porque es una manera de llegar a la realidad a través de sus ojos y experiencias. En un diagnóstico no se suele utilizar este método, sobre todo por cuestiones de operatividad (requiere recursos, no se pueden controlar los tempos ni asegurar resultados), pero podría ser una manera de tener un conocimiento preciso sobre el funcionamiento de ciertos programas, servicios o instituciones que acompañan a la persona a lo largo de su vida o de una manera muy significativa, como por ejemplo el acompañamiento médico en ciertos procesos vitales como la transición de género, el embarazo, etcétera.

53. En el cuarto informe Noctàmbul@s 2017, podemos encontrar un ejemplo de guion para entrevista semiestructurada. Puedes consultar el documento completo y también las páginas 111 y 112 del anexo, donde puedes leer las preguntas que se formularon. Guion de entrevistas semiestructuradas, Noctàmbul@s: salutsexual.sidastudi.org/resources/doc/180619-guion-entrevista-noctambulas-2619883730267679510.pdf

El sociograma o mapa social:

El sociograma es una herramienta gráfica que nos tiene que ayudar a visualizar rápidamente cuáles son las agentes implicadas y las relaciones que hay entre ellas. Se puede hacer de muchas maneras: en forma de lista o de cuadro, de manera estática o en movimiento, a mano o con herramientas de diseño. Elaborar un sociograma nos ayudará a visualizar quién es quién y quién hace qué, y a decidir qué información necesitamos y quién nos la puede proporcionar. Podemos indicar las influencias, las tensiones, las relaciones de poder, así como la proximidad con el proyecto, los roles y los intereses. Los datos más superficiales para el sociograma o mapa social se pueden recopilar, por ejemplo, haciendo una lista de las instituciones y los colectivos que tienen que ver con la intervención, o distinguiendo si son instituciones oficiales o entidades de la sociedad civil y qué relación tienen con la comunidad.

Por otra parte, a escala más micro, podemos establecer las actoras implicadas o influyentes en el contexto: usuarias, trabajadoras, asociaciones de vecinas, agentes clave (referentes para una comunidad o colectivo). Podemos elegir formas o colores para distinguir Administración, servicios públicos, entidades que prestan servicios, asociaciones y colectivos o grupos informales; o bien desarrollar el mapa en niveles diferentes: político, técnico o ciudadano. Las relaciones entre las agentes se pueden dibujar de forma diferente según si son relación de dependencia, relación débil, relación fuerte, conflicto o relación de alianza.



Fuente: proyecto Evalúa+. Más información:

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

El análisis de redes comunitarias:

Es importante tener presente la red comunitaria para no hacer intervenciones aisladas. El mapa de activos de salud sexual y reproductiva de Barcelona⁵⁴ es un recurso que puede facilitar la configuración de nuestro sociograma y el análisis de redes, ya que se trata de una construcción colaborativa de salud que identifica los activos que trabajamos en salud sexual en nuestro territorio. La cooperación con los movimientos puede ser un canal de intercambio de saberes y prácticas en materia de derechos sexuales. Es importante reconocer el trabajo de las asociaciones y los colectivos políticos, conocer las reivindicaciones y entender los debates políticos en que están inmersos.

- ⊙ ¿Hay colectivos que trabajen por los derechos sexuales de las personas con diversidad funcional, grupos de mujeres, asociaciones LGTBI+ o asambleas feministas en nuestra comunidad?

Redacción del informe y difusión:

Una vez recogida toda la información, llega el momento de redactar el informe del diagnóstico. En este documento contextualizamos y analizamos los datos recogidos a través de las fuentes secundarias y primarias.

Durante el proceso de diagnóstico, habremos recogido necesidades, prioridades, propuestas de acciones por parte de las participantes, debilidades y fortalezas de intervenciones que ya se estaban llevando a cabo, etcétera. A la vez, sin embargo, habremos identificado problemáticas que no se están abordando desde ninguna intervención comunitaria. Por este motivo, una vez cerrada la fase de detección de problemáticas, es recomendable realizar un proceso centrado en identificar específicamente acciones que hay que incluir en nuestro proyecto de intervención comunitaria.

Es importante incluir un apartado con las conclusiones principales de nuestra investigación para aclarar cuáles son las necesidades fundamentales que hemos detectado. Sin embargo, es conveniente difundir el diagnóstico entre las personas que han participado para motivarlas con el proyecto en las futuras fases del ciclo de la intervención comunitaria.

54. El mapa de activos mencionado se puede consultar en <http://mapadactiusensalut.barcelona/>.

3.1.3. Diseño de la intervención

En esta fase diseñamos nuestra intervención y entramos más en detalle. Se trata de definir elementos como los objetivos, los contenidos, la identificación de las personas a las que nos dirigimos, la metodología que queremos poner en práctica, los criterios evaluadores, las acciones o actividades que llevaremos a cabo, etcétera.

A la hora de diseñar la intervención comunitaria, debemos tener presentes los aspectos siguientes:

- Las conclusiones del diagnóstico.
- Cuánto tiempo podremos dedicar a la intervención en un sentido longitudinal.
- Quién se encargará de ello y con qué disponibilidad o dedicación.
- De qué recursos económicos disponemos.

Es conveniente ser realistas, ya que pretender hacer una intervención a largo plazo sin disponer, por ejemplo, de la formación pertinente nos puede frustrar y desanimar en futuras intervenciones. Otras dificultades que nos podemos encontrar son: la falta de formación por parte del equipo, la precariedad económica de los servicios, entidades o programas que dan apoyo a nuestra intervención, un contexto comunitario extremadamente cambiante y complejo, etcétera.

En esta fase, **fijaremos definitivamente nuestros objetivos**, que deben estar alineados con el diagnóstico y ser coherentes con el marco teórico y adecuados a los recursos de los que disponemos. Puede ser útil generar un cuadro en el que se especifican objetivos generales y concretos, y también, si queremos, objetivos operativos, que son las acciones concretas que queremos llevar a cabo.

Tabla de objetivos:

Objetivos generales	Objetivos específicos
O1	Oe1.1 Oe1.2 ...
O2	Oe2.1 Oe2.2 ...
...	...

Durante el proceso de diagnóstico, habremos recogido propuestas, habremos podido comprobar actividades que ya se estaban llevando a cabo y podremos conocer otros proyectos que se hayan desarrollado en otros contextos. A la vez, sin embargo, habremos identificado problemáticas para las cuales no hay propuestas de intervención. Por este motivo, una vez cerrada la fase de detección de necesidades, es fundamental hacer un proceso de reflexión y análisis centrado en identificar específicamente las actividades que incluiremos en nuestro proyecto de intervención comunitaria. En este proceso priorizaremos unas acciones y descartaremos otras. A cada objetivo específico le tiene que corresponder un conjunto de acciones, que deben ser redactadas de manera clara pero no excesivamente concreta, ya que hay que tener cierto margen para acabar de perfilarlas.

Otros pasos que debemos dar en esta fase son los siguientes:

- **Desarrollar la cronología de nuestra intervención:** establecer un calendario, programar las tareas y las actividades relevantes para nuestra intervención. Una vez priorizadas las acciones, llega el momento de planificar nuestra intervención.
- **Desarrollar/identificar los conceptos clave:** determinar cuáles serán los conceptos clave que queremos trabajar.
- **Definir la intervención:** acciones, estrategias, recursos, contenidos de la intervención, tiempo que dedicaremos a cada uno de los contenidos, número de actividades que queremos llevar a cabo, número de participantes, metodología para dinamizar cada sesión, etcétera.
- **Escoger los indicadores para la evaluación y los criterios de calidad:** para la evaluabilidad de la intervención es importante definir los indicadores que nos permitirán analizar el impacto y los resultados.⁵⁵
- **Configurar el equipo de agentes comunitarias.** Si las agentes no están familiarizadas con los conceptos y los contenidos de la intervención comunitaria, necesitaremos un poco más de tiempo para formarlas.
- **Desarrollar el presupuesto de la intervención,** si es posible, para tener presente el valor de nuestras intervenciones..

Algunas preguntas que nos pueden ayudar a cerrar esta fase son: ¿el diseño de la intervención es riguroso y claro? ¿Los objetivos están bien definidos, la planificación está detallada? ¿Se han incluido los criterios de evaluación en el diseño inicial de la intervención?

Ningún diseño es jamás cien por cien definitivo, porque, a medida que se despliega, hay que incorporar las modificaciones pertinentes. El diseño es una guía que nos permite saber la trayectoria de las decisiones que tomamos en el desarrollo de la intervención comunitaria, lo que va pasando, los aciertos o las limitaciones, y nos ayuda a poder decidir sobre los ajustes y cambios necesarios y a ser conscientes de las consecuencias de lo que decidimos.

55. Si necesitas orientaciones para definir indicadores, puedes encontrar materiales de apoyo en: <http://salutsexual.sidastudi.org/es/zonapedagogica-grupos/EVALUAR/zonapedagogica-grupo/evalua-indicadores>.

3.1.4. Despliegue de la intervención

En esta fase, pasamos a ejecutar nuestra intervención. Debemos poner a prueba nuestro diseño y, si hace falta, introducir los cambios necesarios. En coherencia con el marco teórico propuesto, es imprescindible pensar en las personas participantes como protagonistas y sujetos activos. Recordemos que, en el último apartado del bloque 1, se puede encontrar un apartado enfocado a cómo generar espacios de intervención donde favorecer los procesos de autonomía y empoderamiento.⁵⁶

Cada intervención es única y se ajusta a los equipos comunitarios, a las necesidades específicas de las personas con las que trabajamos y a sus contextos sociales. Así que solo podemos ofrecer algunas reflexiones sobre el despliegue de la intervención:

- **Poner el cuerpo en el centro de la intervención:** una buena manera de apropiarnos de nuestros derechos sexuales puede ser a partir del derecho al propio cuerpo, por lo tanto (re)apropiarnos de nuestros cuerpos, ponerlos en movimiento, en relación, en interacción, en reflexión. Las metodologías que parten del cuerpo facilitan la transmisión y el intercambio de conocimientos y generan espacios de confianza donde conectar con la vertiente emocional.
- **Explicitar la norma social:** es útil visibilizar las normas sociales cuando estamos desarrollando nuestras intervenciones, porque eso ayuda a las personas a identificarlas, en vez de naturalizarlas. De la misma manera que el pez no ve el agua, las personas muchas veces no vemos las normas sociales que limitan nuestros derechos sexuales. Explicitarlas y cuestionarlas permite tomar conciencia de estas.

- ⊙ **Es importante explicitar la norma heterosexual cuando ponemos un ejemplo con personas heterosexuales como protagonistas. Es recomendable explicitar que estamos siendo heterocentras por el efecto significativo que tiene mencionar la norma.**

Otro ejemplo sería hablar también de las personas cis, porque, si no, parece que lo único que nombramos es la alteridad, representada en este caso por las personas trans*.

Además, explicitar las normas sociales a veces nos ayuda a generar espacios de confianza y no juicio entre las personas participantes, por ejemplo:

- ⊙ **Si estamos trabajando con niños, explicitar la norma social con respecto a la masturbación en público nos permite abordar esta cuestión sin producir un efecto culpabilizador.**

56. Más información en el apartado 1.3 de esta guía.

- **Extrañarnos de la normalidad;** puede ser muy eficaz problematizar cuestiones de índole cotidiana incorporadas como parte del sentido común de las personas participantes.
 - ⊙ **Ante comentarios estereotipados sobre las personas LGTBI+, sobre los mandatos de género o relacionados con la Sexualidad hegemónica,** nos puede ser útil hacernos “marcianas” para evidenciar la arbitrariedad de la norma social. Por ejemplo, ante los comentarios que clasifican la homosexualidad como antinatural, podríamos responder: ¿entonces, lesbianas y gais, si no son naturales, son de plástico?
- **Romper esquemas, descolocar, descolocarnos;** atrevernos a salir del armario, a romper la norma, a cuestionarnos a nosotras mismas como profesionales cuando reproducimos el sistema sexo-género-Sexualidad, a visibilizar referentes positivos de sexualidades diversas.
 - ⊙ **Poner ejemplos de familias no heteronormativas, utilizar materiales pedagógicos protagonizados por personas intersexo, con diversidad funcional, no blancas, con expresiones de género que contradicen la norma, entre otros, es visibilizar la diversidad como un valor positivo para toda la ciudadanía.**
- **Utilizar el humor, el placer, el bienestar como herramienta para la transformación social.** Que las actividades que llevamos a cabo pongan el placer en el centro es una gran metodología para facilitar aprendizajes significativos y cambios actitudinales y sociales. El humor también puede ser un recurso metodológico para conectar con las personas con las que trabajamos, pero al mismo tiempo puede permitir abordar situaciones complejas desde otro lugar con el fin de abordar determinados temas.
- **Respetar los ritmos y los códigos culturales de las personas.** A veces, en nuestra práctica profesional nos dejamos llevar por la lógica de los tempos capitalistas y queremos aprovechar al máximo cada minuto de nuestras intervenciones: queremos que la gente sea puntual, rápida, eficaz, y pasamos por alto que estamos tratando con personas y que nosotras y nuestra intervención somos los que tenemos que adecuarnos a sus ritmos y códigos.
- **Tomar conciencia** de que, como agentes comunitarias de salud, nuestro papel depende irremediablemente de un trabajo destinado a visibilizar y denunciar situaciones que dificultan, impiden o niegan el pleno ejercicio de los derechos sexuales con el fin de sensibilizar a la ciudadanía, las profesionales y las entidades, y que posibilite la creación de un tejido social para la defensa de los derechos sexuales.

3.1.5. Evaluación

La evaluación es una herramienta que nos permite conocer mejor los efectos de nuestras intervenciones, tanto para introducir mejoras como para dar valor a nuestro trabajo. Es una manera de saber si lo que planificamos y llevamos a cabo cumple nuestros objetivos: si vale la pena continuar por el mismo camino o es necesario introducir cambios. La evaluación también es un ejercicio de responsabilidad con nosotras mismas y con las personas con las que trabajamos. Es proyectar, planificar, pensar conceptos y dimensiones de actuación, crear indicadores, elaborar preguntas, hacer seguimiento, comparar, sopesar y mucho más. La evaluación es crear un sistema de información que nos permita recoger datos de manera eficaz, escuchar a las personas con las cuales trabajamos e involucrarlas en la toma de decisiones que define nuestros proyectos.

La evaluación es aprender, formarnos y tomar contacto con el contexto en el que queremos incidir. Es tomar decisiones con más información, para reorientar prácticas y reordenar prioridades. Es aprender de la realidad social que nos rodea para elaborar políticas justas. Es reconocer cuando una intervención funciona y merece ser reproducida. Es un ejercicio de transparencia con la sociedad.

A continuación, exponemos un resumen de los pasos principales que hay que seguir para realizar una evaluación.

Determinar los sistemas de información

Una de las condiciones principales para poder llevar a cabo la evaluación es la disponibilidad de información sobre la intervención que se está evaluando. La idea es recoger el máximo posible de información mientras desarrollamos el programa, servicio o intervención, y hacerlo de una manera sistemática, ordenada y accesible.

Se trata de valorar en qué medida disponemos de información útil para saber cómo funciona un programa o qué resultados ha obtenido (por ejemplo, si tenemos datos sobre las personas que han participado, cuántas han sido, si hemos recogido sus opiniones sobre la marcha o tenemos sus contactos para enviarles un cuestionario), pero también si tenemos acceso a las fuentes, si existen documentos sobre la planificación y los contenidos del programa, si los objetivos, la visión o la misión del programa, plan o servicio están plasmados en algún lugar.

El sistema de información es la manera estructurada en la que almacenamos todos estos datos y discursos. Recuerda que, a la hora de almacenar información sobre personas usuarias o personas que trabajan o colaboran en la intervención, hay que tener en cuenta la normativa sobre protección de datos de carácter personal.

Lo ideal es que se elabore desde la planificación de la intervención, es decir, que desde el principio se tenga en cuenta cómo se sistematizará cierta información que después será

útil para evaluar o hacer seguimiento. Si no ha sido así y “hemos llegado tarde”, será uno de los elementos que hará falta trabajar como evaluadoras para mejorar la intervención.

Características de nuestro sistema de información:

- La información debe estar ordenada y ser accesible. Conviene esquematizar o tener un índice para saber dónde está cada cosa.
- Debe ser fácil de recoger y fácil de almacenar. Por ejemplo, si elaboramos fichas de una página para que las trabajadoras puedan llenarlas después de cada acción (después de un taller, una charla o la atención a una persona usuaria) podremos establecer comparaciones, comprobar el número de realizaciones y quien las ha hecho.

Los indicadores

Son la herramienta de medición fundamental para la evaluación de la intervención. Podemos construir nuestros indicadores a partir de los objetivos del programa o de los criterios de evaluación. El indicador, tal como expresa el nombre mismo, “indica” lo que queremos medir, valorar o tener en cuenta. Para cada indicador, y dependiendo de su naturaleza, se pueden elaborar preguntas para un cuestionario o estrategias de observación (definir qué queremos observar, cuándo y dónde), o definir qué datos hace falta buscar y recopilar en la fase de documentación. Los indicadores pueden ser fácilmente cuantificables, por ejemplo, el número de casos detectados de una ITS, en una población X, en un contexto Y, o bien ser incontables: opiniones, situaciones, percepciones, experiencias, etcétera. Hay que tener presente que necesitaremos indicadores cuantitativos (números, porcentajes) y también cualitativos (opiniones, percepciones, hechos, situaciones, condiciones).

- ⊙ Por ejemplo, el número de actividades hechas en comparación con las proyectadas sería un indicador cuantitativo, mientras que la calidad de la actividad, determinada por los contenidos desarrollados y la forma en que se desarrollan y sus elementos pedagógicos, sería un indicador cualitativo.

Cómo crear indicadores:

- Generaremos los indicadores partiendo de los objetivos de la intervención, programa o actividad que queremos evaluar y teniendo en cuenta los criterios de calidad que han sido establecidos previamente.
- Cada objetivo debe tener, al menos, un indicador para poder medir el grado de cumplimiento.
- Pueden ser directos o indirectos. A veces se puede medir directamente un resultado, pero otras veces necesitamos varios indicadores indirectos que nos den una idea de lo que pasa o ha pasado en el programa.

- Los indicadores deben servir para obtener información relevante, clara, comparada y de calidad.
- Debemos determinar las fuentes o de dónde extraeremos la información del indicador. Si no las hay, las tenemos que crear. Ha de ser posible hacerlo.

Los indicadores más comunes y conocidos son los que miden resultados finales. Los indicadores que miden el despliegue o el proceso se denominan a veces *indicadores intermedios* y son útiles para definir el grado aceptable de cumplimiento de una intervención. También podemos clasificar los indicadores de la manera siguiente:

- **Indicadores de recursos:** miden los recursos que tenemos en términos de presupuesto, servicios disponibles y tiempo.
- **Indicadores de realización:** miden los productos tangibles de la intervención y tienen relación con los objetivos operativos.
- **Indicadores de resultados:** miden efectos directos de la intervención, cambios de conducta, capacidad, alcance y beneficios obtenidos gracias al programa. Se relacionan con los objetivos específicos.
- **Indicadores de impacto:** miden los efectos indirectos, los efectos específicos a plazo medio y largo, y los globales, es decir, en el contexto más allá del grupo beneficiario del programa a plazo medio y largo. **Tienen que ver con los objetivos generales del programa.**

Los indicadores más utilizados para medir el éxito de programas de educación para la salud sexual a menudo han sido el número de diagnósticos de ITS, el número de embarazos no deseados, el porcentaje de uso del preservativo y otros métodos, la edad de inicio de las relaciones sexuales, etcétera. Desde la evaluación feminista, además de insistir a la hora de recoger datos desagregados por sexo (para poder entender toda su complejidad y generar intervenciones más adaptadas a la realidad), se insiste también en la creación de indicadores positivos, como, por ejemplo, el grado de satisfacción con la vida sexual, el grado de relaciones satisfactorias y sin violencia, etcétera.

Requisitos generales para elaborar indicadores con enfoque de género:

A la hora de elaborar indicadores sensibles al género es importante tener en cuenta algunos criterios:

- Los datos siempre deben estar desagregados por sexo, pues es la única manera de hacer visibles las diferencias entre la situación de las mujeres y la de los hombres. Siempre que sea posible, deben desagregarse por otras categorías, como edad, etnia, nivel socioeconómico u otra categoría importante que haya que tener en cuenta en cada contexto.

- Los indicadores deben complementarse con análisis cualitativo que aporte información para profundizar en las relaciones de poder entre mujeres y hombres.
- Asimismo, han de brindar información sobre aspectos importantes de las relaciones de género, tales como el desigual acceso y control de los recursos económicos, las necesidades e intereses de mujeres y hombres, las responsabilidades de unas y otros en los diferentes ámbitos, etcétera.
- Por último, los indicadores sensibles al género han de ser formulados y medidos de forma participativa, teniendo en cuenta a todos los grupos involucrados y asegurándose de que participen las mujeres.

Además, deben ser relevantes (útiles), sustantivos (válidos), confiables (fiabes), verificables (comprobables), consistentes, independientes y factibles (realistas).

(González y Murguialday, 2004)

Evaluar el equipo:

Evaluar el equipo es un paso importante en la valoración general de la intervención. No se trata de valorar características personales sino más bien de determinar si los recursos son suficientes para que las agentes lleven a cabo sus tareas y qué mejoras se pueden promover.

Recomendamos poner el foco en las relaciones; en la organización del tiempo, de las tareas, de las reuniones; en cómo circula la información; en qué necesidades formativas y personales hay, etcétera. Aquí presentamos una batería de preguntas que nos pueden ayudar a recoger información y ponerla a prueba.

Con respecto al funcionamiento interno, podemos formularnos las preguntas siguientes:

¿Tenemos un mapa de actores/as?

.....

¿Sabemos quién es quién y qué tareas realiza?

.....

¿Cómo se distribuyen las tareas?

.....

¿Dónde se recoge el trabajo que se quiere llevar a cabo? ¿Quién tiene acceso a esta información?

.....

¿Qué acciones de capacitación y formación del equipo se han hecho?

Si tenemos ocasión de entrevistar a los y las integrantes del equipo, podemos recoger sus conocimientos sobre el programa con preguntas del tipo:

¿Sabes cuáles son los objetivos generales, específicos y operativos de la intervención?

¿Tienes acceso al material? ¿Cómo?

*¿Conoces al resto del equipo? ¿Sabes qué hace cada persona?
¿Sabes a quién recurrir en situaciones diferentes?*

*¿Tengo suficiente tiempo para realizar tus tareas?
¿Han aumentado, han cambiado?*

*¿Necesitas algún tipo de formación específica?
¿Cuál?*

¿Te sientes valorada? ¿Te sientes satisfecha con el trabajo?

Si queremos valorar las relaciones de género dentro de nuestro equipo, podemos plantear las siguientes cuestiones:

¿Al menos la mitad del equipo son mujeres?

¿Cómo se distribuyen las tareas: tareas organizativas, tareas de apoyo, tareas que implican tomar decisiones? ¿Son estáticas o hay intercambio de roles?

¿Hay diversidad de personas implicadas en tareas de tipos diferentes?

¿Se ha hecho formación con perspectiva feminista? ¿Tenemos personas en el equipo encargadas de aportar específicamente esta mirada?

Para ir más allá, podemos profundizar en la sensibilidad feminista y la diversidad del equipo con preguntas como:

¿Tenemos actitudes reflexivas? ¿Se dedica tiempo a pensar en cómo nos relacionamos, si reproducimos roles masculinos o femeninos hegemónicos sistemáticamente? ¿Pensamos quién ocupa más el espacio, quién toma más la palabra, quién ocupa posiciones visibles en el equipo y quién trabaja más en la sombra? ¿Estamos de acuerdo con estas posiciones?

¿Hay diversidad cultural y social en el equipo, al menos de acuerdo con el contexto donde se trabaja?

¿Hay personas que aportan experiencia y conocimiento sobre vivencias transgénero y no heterosexuales?

¿En el equipo, hay personas que tienen el perfil de la población a la que va destinada la intervención o servicio? Si no es así, ¿hay personas con el conocimiento y la experiencia suficientes para ofrecer un servicio adecuado, desde la empatía y la escucha?

Difusión de la evaluación

Una parte importante de la evaluación es su difusión. Lo que pasa en muchos casos es que la poca evaluación realizada no se difunde correctamente, o no se difunde el proceso en sí, solo los resultados y raramente las propuestas de mejora.

La difusión de la evaluación que nosotras proponemos consiste en una devolución del trabajo hecho a las personas implicadas. No se trata solo de comunicar las propuestas de mejora sino de explicar cómo ha sido el proceso y las conclusiones. Sería ideal una sesión presencial de presentación en la que podamos compartir nuestras conclusiones con las personas que han participado, con las profesionales o con la comunidad en general.

3.2. ¿Cómo se pueden atender las necesidades específicas de las personas en la promoción de la salud sexual?

En el bloque 1, hemos descrito los rasgos principales de la Sexualidad hegemónica y cómo las desigualdades estructurales nos sitúan, a las personas, en posiciones de poder diferentes que suponen desigualdades en salud sexual y en el ejercicio de los derechos sexuales. En el bloque 2, hemos abordado algunas experiencias, como la deconstrucción de la Masculinidad hegemónica, las estrategias de cuidado y la promoción de la salud sexual desde un enfoque feminista interseccional y situado. En este último apartado, queremos hilar más fino para ayudar a incorporar la mirada interseccional de una manera operativa en nuestras intervenciones comunitarias. Hay que tener muy en cuenta este enfoque en las fases del ciclo de la intervención comunitaria, ya que nos resultará muy útil para el diagnóstico de las necesidades de la comunidad, para la elaboración del diseño, para el despliegue y para la evaluación.

La mirada interseccional es dinámica y contextual, ya que toma en consideración las variables que interactúan en la posición social que ocupan las personas en los diversos momentos de su ciclo vital. Así pues, las fuentes estructurales de desigualdad (edad, sexo, preferencia-opción sexual, identidad y expresión de género, origen étnico y nacional, lengua, clase socioeconómica, nivel educativo, religión, capacidades funcionales, apariencia física y estética, etcétera) pueden derivar en vulnerabilidad y exclusión, pero también en oportunidades y privilegios.

De la teoría a la práctica...

La manera en que pensamos determina qué hacemos y cómo lo hacemos. Para poder utilizar la interseccionalidad en nuestra tarea, primero de todo debemos pensar de otra manera sobre la identidad, la igualdad y el poder. Eso comporta centrarnos no en categorías predeterminadas o en asuntos aislados sino en todo lo que define nuestro acceso a los derechos y a las oportunidades, es decir, en los puntos de convergencia, en la complejidad, en las estructuras y en los procesos dinámicos.

En términos analíticos, implica ver la erradicación de la discriminación y la diversidad como asuntos centrales para el desarrollo y el ejercicio pleno de los derechos sexuales.

Muchas veces nos encontramos intervenciones comunitarias en salud sexual dirigidas y restringidas a ciertos colectivos o grupos de personas. A menudo, las características de estos grupos se vinculan a colectivos poblacionales definidos por grandes características sociodemográficas concretas, que se presupone que implican factores de más vulnerabi-

lidad ante los riesgos asociados a la sexualidad: por ejemplo, perfiles poblacionales como jóvenes, mujeres u hombres que tienen sexo con hombres.

Hace falta tener presente, sin embargo, que las personas, además de ser hombres, mujeres, intersexo o trans*, también somos muchas otras cosas (lesbianas, sordas, gitanas, de origen rural, precarias, con estudios universitarios, gordas, jóvenes, en situación administrativa no regularizada, paradas, diagnosticadas en salud mental, con dominio de la lengua, y un largo etcétera) que dan forma a nuestro lugar en la sociedad y que hacen singular nuestra experiencia vital.

Como agentes comunitarias tenemos que averiguar cuáles son las dimensiones pertinentes, relevantes, significativas en cada intervención concreta, en cada contexto, en cada momento, en cada grupo.

[...] “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)

Esta lógica de los perfiles poblacionales, tan habitual en las políticas públicas, muchas veces pierde de vista las raíces estructurales de las desigualdades en temas de salud. Es decir, se atiende a las personas en situación de vulnerabilidad, pero no se abordan las causas que determinan esta situación y se pierde la potencialidad de la comunidad para transformar los entornos.

Sin embargo, a menudo esta lógica supone una homogeneización de los grupos, porque la conceptualización de estos perfiles poblacionales no suele tener en cuenta la diversidad existente y suele ser parcial:

⊙ Por ejemplo, cuando se realiza una intervención para prevenir las violencias sexuales y se destina al perfil de “chicas”, esas “chicas” a las que se dirige la intervención responden, la mayoría de las veces, al perfil de chica, joven, blanca, por lo cual se obvia al resto de las “chicas”, además del papel de la comunidad en el mantenimiento de la estructura desigual de las relaciones de género.

Otro estereotipo tiene que ver con las relaciones entre el racismo y el heterosexismo, que erróneamente lleva a asumir, por ejemplo, que todas las personas negras son heterosexuales y todas las personas LGTBI+ son blancas.

Estas concepciones denotan en sí mismas una gran desigualdad, una posición de etnocentrismo y una “única mirada” de la que debemos tratar de huir, porque si no, en muchas ocasiones acabaremos reproduciendo unos esquemas que mantienen el *statu quo*, por ejemplo:

- ⦿ Las intervenciones que trabajan con personas con diversidad funcional desde un enfoque terapéutico o biomédico y no abordan el placer, la expresión de la sexualidad, la construcción de vínculos sexoafectivos y el resto de los derechos sexuales.

Las intervenciones en mujeres mayores centradas en los cambios en la menopausia o las intervenciones con jóvenes racializados que hablan de higiene de los genitales.

¿Qué nos aporta la mirada interseccional?

La mirada interseccional permite:

- Dejar atrás la lógica de grupos o perfiles poblacionales que homogeneiza a las personas; nos ayuda a ver las normas sociales y a desnaturalizarlas y atender las desigualdades que generan.
- Atender la complejidad de los entornos sociales y las relaciones de poder que se dan.
- Tener en cuenta la singularidad de las personas, las circunstancias, las biografías, los entornos diferentes.
- Generar espacios donde las personas puedan participar desde su subjetividad, pero sintiéndose parte de uno muy inclusivo, participativo y diverso.
- Situar los objetivos y los contenidos de nuestras intervenciones y a nosotras mismas como agentes de cambio.
- Huir de la unificación de los grupos y atender las necesidades específicas de las personas con recursos pedagógicos y metodologías adecuadas a la diversidad del grupo.

Si bien el análisis interseccional de variables como el sexo, el género y la orientación sexual, la raza o la clase tiene décadas de trayectoria gracias a la continuación del legado del feminismo negro por parte del feminismo decolonial latinoamericano, no hay una metodología concreta para la aplicación de la teoría interseccional, aunque se han hecho algunas propuestas respecto de este tema.

Mari Matsuda nos sugiere que una buena manera de entender la interconexión de las variables que interactúan en la posición social es a través del método de “la otra pregunta”, que supone el cuestionamiento de un fenómeno desde un eje de opresión diferente a lo que parece evidente a primera vista:

- [...] “Cuando hay algo que parece racista, hay que preguntar: ¿dónde está el patriarcado en todo eso? Cuando alguna cosa parece sexista, hay que preguntar: ¿dónde está el heterosexismo en todo eso? Cuando hay algo que parece homofóbico, hay

que preguntar: ¿dónde están los intereses de clase en todo eso? La “otra pregunta” nos obliga a buscar relaciones de dominación obvias y no tan obvias, y nos ayuda a ser conscientes de que las formas de subordinación nunca se mantienen aisladas”. (Matsuda, 1991, p. 1189, traducido del inglés)

Platero (2014), por otra parte, propone cuatro elementos para un enfoque analítico interseccional: examinar críticamente las categorías analíticas con las que interrogamos los problemas sociales; analizar las relaciones mutuas entre las categorías sociales; examinar la invisibilidad de algunas realidades, y examinar la posición situada de quien interroga y construye la realidad que analiza.

Si partimos de la metodología propuesta por Platero y lo aplicamos a una intervención de promoción de la salud sexual:

- En primera instancia, nos podríamos preguntar por las categorías y las relaciones que se dan en el grupo. Os proponemos una serie de cuestiones, aunque podéis utilizar otras que se adapten mejor a vuestro contexto:
 - ¿Qué identidades forman el grupo de personas con las que queremos trabajar?
 - ¿Cómo se construyen las relaciones de género en el grupo?
 - ¿Hay privilegios para algunas de las personas, por ejemplo, con respecto a la participación?
- En segundo término, hacemos el análisis de las relaciones múltiples entre las categorías sociales, que será crucial para incorporar la mirada interseccional. Este paso implica ver cómo se entrecruzan las categorías que hemos considerado relevantes en las vivencias de las personas. La complejidad de la realidad social desborda la lógica del sumatorio de discriminaciones: por ejemplo, las mujeres con diversidad funcional, aunque comparten discriminaciones con el resto de las mujeres, sufren otras discriminaciones específicamente por ser mujeres con diversidad funcional, como las violencias machistas en el ámbito de la sexualidad relacionadas con prácticas médicas como la esterilización forzada. Nos podría ser útil pensar en cómo una categoría amplifica la discriminación de otra, por ejemplo, cómo el capacitismo amplifica el machismo o viceversa (o cómo el racismo amplifica el capacitismo y el machismo).
- La tercera clave que nos propone este autor es examinar la invisibilidad de algunas realidades y el ejemplo que nos propone es la violencia entre lesbianas; nosotras añadimos la violencia sexual entre gais y hombres que tienen sexo con otros hombres. Estas violencias intragénero, en nuestro contexto, no son legibles por los parámetros de género y la Sexualidad normativa que sobreentiende que una mujer no puede ejercer violencia (solo recibirla) y un hombre no puede sufrir violencia sexual. Otros ejemplos de realidades invisibilizadas serían las mujeres trans* lesbianas, las mujeres con VIH, las personas LGTBI+ mayores o con diversidad funcional.

- La última de las claves es la **posición situada de quien interroga y construye la realidad que analiza**. Como ya hemos descrito anteriormente esta clave,⁵⁷ solo recordaremos que nos permite entender nuestra posición como agentes comunitarias y hacer una intervención más honesta hacia las personas con las que trabajamos.

57. Más información en el apartado 3.1.4 de esta guía.

3.3. Algunas especificidades que hay que tener presentes en la intervención comunitaria

A continuación, se ofrecen unas tablas orientativas donde se relacionan los contenidos teóricos trabajados en el bloque 1, las experiencias situadas del bloque 2 y las claves metodológicas del bloque 3, con el fin de facilitar abordajes de la salud sexual que tengan en cuenta algunas especificidades relacionadas con el ciclo vital, la diversidad funcional y la diversidad cultural desde una visión interseccional y crítica.

3.3.1. Diversidad cultural

BLOQUE 1

Vinculación con los contenidos teóricos desarrollados en los bloques de la guía

Reflexividad en la intervención comunitaria
Como agentes comunitarias

Enfoque integral de la salud:

Los procesos de salud no se desarrollan independientemente de los contextos sociales, que pueden dificultar el ejercicio de los derechos sexuales de las personas. La persistencia de un racismo y una xenofobia estructurales evidencia cómo la diversidad cultural es un eje de desigualdad que genera dificultades a la hora de disfrutar de la salud en general y la salud sexual en particular.

- ¿Soy capaz de situarme en relación con mi clase, cultura, origen?

Constructivismo social:

Si las sexualidades, el deseo sexual, la identidad de género, etcétera, no son conceptos intrínsecos y presociales, sino el resultado de una construcción social en función del marco que establece la cultura, tenemos que partir del hecho de que estos conceptos varían según los diferentes contextos culturales y el momento histórico.

A menudo la diversidad cultural se concibe como un problema, una amenaza, un handicap, en lugar de pensarla como una categoría de análisis que hay que tener presente. Una perspectiva de la diversidad cultural debe permitir cuestionar el punto de vista mismo y, al mismo tiempo, debe tener en cuenta los parámetros culturales hegemónicos que sitúan a las personas en situación de privilegio o de opresión y que generan violencias como el racismo y la xenofobia.

- ¿Por qué es importante la cultura en la construcción de la propia identidad?
- ¿He contrastado mis creencias sobre las sexualidades con realidades culturales diferentes a la nuestra?

Perspectiva de los derechos sexuales:

Hay una gran carencia de herramientas y metodologías a la hora de abordar la diversidad cultural en temas de salud sexual, lo cual se traduce en intervenciones de promoción de los derechos sexuales con un sesgo etnocéntrico (acción de entender, juzgar o evaluar otro a grupo étnico, cultura o grupo social de acuerdo con los estándares y valores de la cultura propia).

Los derechos sexuales se presentan en muchas ocasiones desde un punto de vista universalista, neutro, sin tener en cuenta las diferencias culturales ni las desigualdades sociales. A menudo

- ¿Tengo un compromiso de combatir los obstáculos y las prácticas que suponen cualquier tipo de discriminación cultural en el ámbito de los derechos sexuales?
- ¿Cómo me afectan a las atribuciones culturales



Reflexividad en la intervención comunitaria En nuestra intervención

Contenidos situados

- ¿Cómo entienden la salud sexual las personas del grupo con las que trabajamos?
- ¿Estamos incorporando sus saberes y prácticas a nuestra intervención?

La discriminación hacia las personas racializadas constituye una cuestión de tanta relevancia, que, a menudo, oculta y minimiza las problemáticas de salud y de acceso a los servicios sociosanitarios. En este sentido, la discriminación cultural puede llegar a ser la primera problemática, la primera barrera que dificulta el desarrollo de la salud sexual de buena parte de la población y una de las grandes causas de la vulneración de sus derechos sexuales.

- ¿Qué herramientas tenemos para incorporar la perspectiva intercultural en nuestras intervenciones?
- ¿Nuestra intervención tiene entre sus objetivos combatir el racismo?

Los procesos migratorios han transformado las sociedades de acogida en sociedades cada vez más diversas que requieren la construcción de un espacio común de interacción, solidaridad, reciprocidad intercultural. Sabiendo que la población a la que se dirige es heterogénea culturalmente, toda intervención en salud sexual comunitaria debe incorporar la perspectiva de la diversidad cultural. Por eso, debemos entender que el racismo no es solo un conjunto de prejuicios hacia otras personas, sino un fenómeno complejo en el que intervienen factores múltiples (económicos, políticos, históricos, culturales, sociales, etcétera), como una relación de dominación entre grupos culturales y como una ideología que justifica la defensa del sistema social, en el que ciertas personas disfrutaban de unos privilegios que derivan directamente de su pertenencia al grupo cultural hegemónico, mientras que una parte de la población recibe violencias y discriminaciones. Por este motivo, resulta indispensable analizar y transformar la estructura social y las dinámicas sociales que generan las desigualdades culturales.

- ¿Cuál es el posicionamiento de mi entidad u organización con respecto a la perspectiva de la diversidad cultural?
- ¿Estamos incorporando las visiones sobre los derechos sexuales y las sexualidades por parte

Uno de los motivos que dificulta el ejercicio de los derechos sexuales de buena parte de la población es, en primera instancia, la “racialización”: un fenómeno por el que determinados fenotipos (rasgos visuales que pueden ser corporales o no) adquieren un significado generalmente peyorativo. Se trata de una manera de significar el cuerpo y de encadenar los rasgos fenotípicos a las conductas y a la posición social que ocupa un colectivo determinado. Es el caso de la conocida equiparación de la migración con el tráfico de drogas y la delincuencia. Estas atribuciones o estereotipos en el ámbito de la salud sexual dan lugar a prejuicios que limitan los derechos sexuales y dificultan la salud sexual. Algunos ejemplos de



el marco cultural hegemónico se presenta como el único marco posible en relación con las sexualidades, hecho que genera una relación de subordinación de los “otros” grupos culturales. Una única mirada no puede abordar nunca la promoción de los derechos sexuales en sociedades heterogéneas como la nuestra.

en las expectativas que nos hacemos sobre las personas?

Perspectiva feminista:

Las primeras que elaboraron la propuesta que raza, sexo, clase o sexualidad que debían ser entendidas como consustanciales fueron las mujeres negras de los Estados Unidos iniciadoras de lo que se denomina *feminismo negro* en la década de los setenta.⁵⁸ Esta corriente de pensamiento defiende que el sexismo, la opresión de clases y el racismo están estrechamente relacionados. La manera en que estos conceptos se relacionan entre si recibe el nombre *deinterseccionalidad*. Años más tarde las chicanas Gloria Anzaldúa y Cherríe Moraga (1981) producen un análisis rico y profundo del racismo y del clasismo, del heterosexismo y del sistema patriarcal, desde sus propias experiencias. Como han explicado Angela Davis o Berta Cáceres, o tantas otras, el poder heteropatriarcal, capitalista y colonial es solo uno, que muestra caras diferentes.

- ¿Qué mujeres son mis referentes positivos en la intersección raza-género-Sexualidad?
- ¿Soy consciente de la invisibilidad que sufren las mujeres racializadas?

Perspectiva interseccional:

La mirada interseccional nos impulsa a mirar otros ejes de opresión que se ejercen desde la cultura dominante, como la legislación sobre inmigración o la xenofobia presente en nuestra sociedad, que interconectan con la diversidad cultural.

Aunque la diversidad cultural en Cataluña tiene una larga trayectoria, los procesos migratorios de las últimas décadas conjugan diversidad cultural con precariedad económica e invisibilidad. En el contexto catalán, hablar de diversidad cultural es hablar, en muchas ocasiones, de precariedad económica, ya que la necesidad de supervivencia económica marca la trayectoria migratoria.

- ¿Soy capaz de detectar cuáles son mis privilegios en las relaciones interpersonales?
- ¿Cómo se manifiestan los privilegios en los ámbitos cultural e institucional?

58. El Colectivo del Río Combahee, constituido por mujeres y lesbianas negras, fue el primer colectivo en proponerlo.

de las personas del grupo?

prejuicios con los que se juzga a las personas racializadas son: fertilidad excesiva, más promiscuidad, sexualidad extrovertida y desinhibida con el predominio de lo instintivo, etcétera.

El racismo en el ámbito de los derechos sexuales se fundamenta en la idea de superioridad de unos grupos culturales sobre otros, así como en el desprecio y la discriminación hacia los grupos “inferiorizados”, que se identifican con ciertas problemáticas sociales como los embarazos adolescentes, más incidencia de las violencias machistas, la LGTBIfobia y las violencias sexuales.

-
- ¿Estoy abordando las violencias que conectan machismo y racismo?
 - ¿Cómo el racismo amplifica el machismo?

Muchas veces las intervenciones en salud han tenido en cuenta las desigualdades de género o las desigualdades de raza, pero no han abordado las desigualdades específicas que se derivan del entrecruzamiento de estas desigualdades o de otras que tienen una importancia significativa en un contexto y en un grupo de personas determinado. Para un abordaje y una intervención capaces de atender las necesidades específicas de las personas con las que trabajamos, conviene analizar y detectar cuáles son las desigualdades específicas en relación con la salud sexual que sufren, fruto de este entrecruzamiento. Por ejemplo, en el imaginario colectivo, el cuerpo de la mujer negra sigue estando vinculado a objetos de placer sexual y sumisión para el hombre. Pero la comunidad afrodescendiente no ha sido la única sujeta a manipulaciones en sus representaciones. En general, las mujeres racializadas (especialmente si son jóvenes) sufren violencias específicas, que en el ámbito sexual se relacionan con la hipersexualización, la erotización, la estigmatización, el exotismo y el tratamiento estereotipado. Por una parte, se las identifica y erotiza, pero, por la otra, se las condena y rechaza. Las intervenciones en salud sexual comunitaria tienen que visibilizar este tipo de violencias machistas y racistas como primer paso para combatirlas.

-
- ¿Qué dimensiones sociales son relevantes en el grupo?
 - ¿Cómo afectan las desigualdades de raza y clase social a la salud de las personas?
 - ¿Detectamos relaciones de poder dentro del grupo?

Las desigualdades provenientes, por ejemplo, del cruce raza-género-clase social ya hemos visto que no son el resultado de la suma de opresiones sino que son específicas; por lo tanto, necesitamos soluciones específicas para darles respuesta.

Cuando hablamos de interseccionalidad, no solo hablamos de opresiones, violencias, discriminaciones, también hablamos de privilegios. Por lo tanto, una atención adecuada de las sexualidades de las personas que pertenecen a grupos culturales minorizados exige inevitablemente un cuestionamiento de la posición propia que las agentes comunitarias ocupamos en el contexto social; es importante también tener en cuenta cómo se manifiestan y cómo ejercemos nuestros privilegios, en caso de que seamos personas blancas.

Perspectiva de las diversidades:

La diversidad es un hecho que merece una atención profunda y permanente y que se opone a discursos y prácticas que tiendan a homogeneizar a las personas. En un contexto donde resulta relevante la categoría de diversidad cultural, nos tenemos que preguntar, por ejemplo, cómo se vive la diversidad sexual y de género para no caer en estereotipos racistas que a menudo presentan las culturas minorizadas como más machistas y LGTBIfóbicas. Además, tampoco es conveniente confiar en grandes generalizaciones dependiendo del país de origen de las personas, ya que dentro de un mismo territorio encontramos diferencias regionales, de clase, de género, de niveles de permisividad, de tolerancia, de control social y de represión ante la homosexualidad o la transexualidad.

- ¿Reconocer y valorar las culturas es suficiente para construir una sociedad más justa?
- ¿He detectado elementos etnocéntricos en mi mirada?

BLOQUE 2

Vinculación con los contenidos teóricos desarrollados en los bloques de la guía

Reflexividad en la intervención comunitaria
Como agentes comunitarias

La deconstrucción de la Masculinidad hegemónica como promoción de la salud sexual:

Ni la desigualdad entre géneros ni las violencias machistas se fundamentan en las diferencias culturales o sociales: son elementos estructurales del sistema patriarcal vigente en la mayoría de las culturas del mundo.

No obstante, uno de los tópicos más arraigados para justificar el racismo (y las políticas antimigración) tiene que ver con la concepción de las culturas no occidentales como más machistas y más LGTBIfóbicas.

- ¿Qué prejuicios tengo sobre contextos culturales diferentes al mío en relación con el machismo?
- ¿Los referentes de Masculinidad cambian de una cultura a otra?

- ¿Estamos teniendo en cuenta la diversidad dentro de la diversidad?
- ¿Nuestra intervención está contextualizada?
- ¿Qué puntos fuertes y débiles identificas en la intervención con respecto a la incorporación de la perspectiva de diversidad cultural?

Es clave tener presentes las realidades culturales que superan los marcos occidentales y también que la intersección no solo provoca desigualdades, sino que también genera recursos y alianzas (agencia) y abre nuevas posibilidades. En vez de caer en la victimización, tenemos que comprender, incorporar y validar las estrategias de resistencia de las personas del grupo.

Las estrategias de resistencia no son extrapolables de un contexto cultural a otro. De hecho, pueden variar tanto que puede llegar a ser contraproducente transferirlas entre contextos.

Mirar con los ojos de Occidente significa construir sujetos abyectos, carentes, empobrecidos, subalternizados o lo que Chandra Mohanty (2008) denomina *colonización discursiva*. Es una construcción que las desagencia y les niega la posibilidad de construir sus historias mediante el control de sus propias narrativas.

Reflexividad en la intervención comunitaria En nuestra intervención

Contenidos situados

- ¿Estamos trabajando para contrarrestar el estigma social hacia los chicos y los hombres racializados?
- ¿Qué propuestas metodológicas estamos utilizando para responder a la diversidad cultural?

Los estereotipos más frecuentes que reciben los hombres racializados en el ámbito de la Sexualidad están relacionados con la gran potencia sexual, el alto rendimiento sexual y un predominio de lo instintivo que acaba provocando un imaginario de sexualidad “incontrolada”. De aquí se deriva el estigma como agresores sexuales que sufren los jóvenes y los hombres racializados.

Relacionar las violencias machistas, y especialmente las violencias sexuales, con los hombres racializados es una de las estrategias racistas y xenófobas más efectivas para alimentar el odio. La lucha constante contra las violencias sexuales de cualquier tipo es una de las prioridades principales de la promoción de la salud sexual; pero es crucial no reforzar estos estereotipos para no acabar haciendo intervenciones perjudiciales que desempoderen precisamente a quien ya de por sí tiene menos poder en nuestro contexto.

Los cuidados en la gestión de la salud sexual:

La falta de cuidados en salud sexual proviene solo de carencias informativas, como se ha creído durante mucho tiempo, sino que tiene que ver con factores socioculturales. Las desigualdades culturales y el recorte de los derechos relativos al acceso a la salud tienen consecuencias inmediatas sobre la salud sexual de las personas.

Las desigualdades socioculturales dificultan los cuidados de la salud sexual, lo cual da como resultado que unas personas estén más expuestas a situaciones de vulnerabilidad, por ejemplo, ante las ITS o las dificultades de acceso a los métodos anticonceptivos.

Derechos reproductivos:

Variables como el origen cultural, la situación económica y la situación legal influyen en el desigual acceso de las mujeres a la salud reproductiva. A estas desigualdades, hay que añadir un servicio no adecuado derivado de la no incorporación de las diferencias culturales por parte del personal de salud.

- ¿Tengo conocimientos sobre las barreras que se dan en salud sexual en razón de origen o procedencia?
 - ¿Cómo afectan las leyes migratorias a la salud sexual de las personas?
 - ¿Cuáles serían los efectos sobre mi salud sexual en caso de que no tuviera acceso a los servicios de salud pública?
 - ¿Cuáles serían las consecuencias para mi proyecto vital?
-

- ¿Estamos facilitando información y procesos que tengan en cuenta y corrijan estas barreras?
- ¿Tenemos recursos pedagógicos adecuados para trabajar las estrategias de cuidado de la salud sexual de las personas del grupo?

Para aprender a practicar los cuidados es necesario desarrollar procesos de empoderamiento mediante la creación de condiciones y espacios que faciliten la toma de decisiones sobre el propio cuerpo, que interpelen el propio deseo y que aumenten el potencial de autoestima colectiva e individual.

Sin un marco de comprensión que permita incorporar de manera adecuada la perspectiva de diversidad cultural y las percepciones diferentes que las personas tienen de los cuidados de su salud sexual, con todas las connotaciones y los significados que tiene para ellas, no podremos ofrecer una intervención comunitaria adecuada que fomente la autoestima, la libertad y la capacidad de decisión sobre estos cuidados.

- ¿Cómo hacemos accesibles los espacios de atención a la salud reproductiva a todas las mujeres?
- ¿Estamos generando espacios inclusivos?

En nuestro contexto, a causa de los recortes presupuestarios en sanidad, muchas mujeres han dejado de tener control sobre su fecundidad. Los recursos de planificación familiar, el acceso a técnicas de reproducción asistida o la interrupción voluntaria del embarazo tampoco están al alcance de todas.

Estas condiciones se agravan en los centros de internamiento de personas extranjeras (CIE) por la falta de atención especializada para mujeres embarazadas, la interrupción o la denegación de tratamientos, y los abusos y discriminaciones por orientación e identidad sexual.

Por otra parte, en relación con los derechos reproductivos, también debemos tener presente la violencia obstétrica, que se caracteriza por la apropiación del cuerpo y de los procesos reproductivos de las mujeres por parte de quien presta la salud, y se manifiesta en un trato jerárquico y deshumanizador, un abuso de medicalización y la patologización de los procesos naturales. Esta violencia afecta, con su propia especificidad, a las mujeres racializadas musulmanas, afrodescendientes, latinas y gitanas con consecuencias flagrantes por la pérdida de autonomía y capacidad de decisión sobre sus cuerpos y sexualidades.

Uno de los casos de vulneración de los derechos reproductivos más flagrantes consiste en la esterilización forzada o no informada. Las mujeres gitanas han denunciado esta práctica, que fue masiva en algunos países de Europa, fruto del antigitanismo. La esterilización forzosa significa que una mujer es sometida a una intervención quirúrgica, que consiste en bloquear o sellar las trompas, sin que ella sepa qué significa eso y sin dar su consentimiento y autorización. Esta intervención es una violación del derecho humano a no ser sometido a torturas ni a otros tratos o penas crueles, degradantes o inhumanos.

Cuestiones metodológicas:

Incorporar la mirada intercultural a la labor diaria implica contribuir al cambio en las dinámicas de exclusión, discriminación, invisibilización y desigualdad que se dan hacia las culturas minorizadas.

Si aspiramos a vivir en una sociedad donde la diversidad cultural se reconoce como legítima y contribuir a instaurar una sociedad de igualdad de derechos y de equidad, **la perspectiva de la diversidad cultural debe incorporarse en cualquier intervención comunitaria en salud sexual** y no solo con colectivos de personas pertenecientes a culturas minorizadas. Por lo tanto, no se trata de elaborar intervenciones específicas, sino de redibujar un espacio diverso e inclusivo y llevar a cabo un cuestionamiento profundo sobre en qué medida nuestra intervención incorpora la perspectiva de diversidad cultural. Este ejercicio de reflexividad implica tomar conciencia de que la propia visión del mundo depende de las referencias culturales que se han construido hasta este momento, identificarlas y tomar distancia para reconocerlas. Salir de una misma para ver las cosas desde la perspectiva de la otra persona. Es una actitud de apertura en la que deberemos combatir:

- La trivialización: debemos considerar en un plano de igualdad las cosmovisiones de las personas involucradas y evitar el etnocentrismo.
- La rareza: presentar un hecho o un ejemplo aislado para explicar la complejidad de una cultura o una sociedad.
- Los estereotipos: subrayar las diferencias o las características más llamativas de las culturas.
- Las representaciones erróneas de otras culturas, basadas en prejuicios racistas y falsas creencias.
- La desconexión que tiene la diversidad cultural de la vida cotidiana de la comunidad.

Algunas acciones que nos pueden ayudar son:

- Generar espacios de sensibilización que incidan en los imaginarios de discriminación racistas precisamente por parte de la sociedad de recepción y la identificación de las asimetrías de poder.
- Luchar activamente contra toda manifestación de racismo o discriminación. Intentar superar los prejuicios y los estereotipos.
- Visibilizar la migración y la diversidad cultural en positivo, como un elemento de riqueza tanto para la sociedad como para las personas que viven en esta.
- Atender la diversidad y respetar las diferencias, sin etiquetar ni definir a nadie en virtud de estas divergencias.
- Reconocer el ámbito cultural de las sexualidades, incluyendo el respeto por unos ritmos, tiempos y códigos culturales diferentes.
- Nos puede ayudar partir de la premisa de no hacer intervenciones que reviertan en una vulneración mayor de los derechos de las personas que tienen menos poder.
- La revisión de los recursos pedagógicos y de los materiales educativos para que reflejen adecuadamente la heterogeneidad cultural del contexto.
- La elaboración de materiales en lenguas diferentes para facilitar la difusión y el acceso a la información por parte del número más alto de personas posible.

3.3.2. Diversidad generacional

NIÑAS Y NIÑOS

BLOQUE 1

Vinculación con los contenidos teóricos desarrollados en los bloques de la guía

Reflexividad en la intervención comunitaria
Como agentes comunitarias

Enfoque integral:

Las niñas y los niños tienen sexualidad, sienten placer cuando tocan sus cuerpos y sienten curiosidad por los de otras personas; la masturbación de la primera infancia, el descubrimiento del propio cuerpo y de los genitales genera una actitud positiva hacia el propio cuerpo y fomenta la autoestima.

- ¿Qué miedos tengo en el acompañamiento de las sexualidades en la infancia?

Constructivismo social:

Infancia y sexualidad a menudo aparecen como conceptos antagónicos que es necesario mantener separados. Esta dicotomía queda reflejada en la actitud con respecto a los derechos sexuales en la infancia, en la falta de reconocimiento explícito y en los debates sobre temas como la educación sexual en los que, por desdoblado, niñas y niños no son interlocutores.

- ¿Qué experiencias han marcado mi biografía sexual?
- ¿Qué mensajes sobre la sexualidad recibí de pequeña?

Perspectiva de los derechos sexuales:

El paradigma liberal del titular de derechos basa su ejercicio en un cierto tipo de autonomía de las personas, una autonomía que se presupone que no tienen las niñas y los niños. En un sistema más igualitario, tendrían que ser también las niñas y niños los protagonistas del proceso de toma de decisiones sobre su propia vida. Las niñas y los niños tienen el derecho a decidir sobre sus sexualidades; tienen derecho a disfrutar de salud sexual y tienen derecho a no ser discriminadas por su sexualidad o de alguna manera que impacte en su sexualidad.

- Si los derechos sexuales son universales, ¿en la infancia somos titulares de estos derechos o estamos excluidas?
- ¿Qué elementos considero relevantes para establecer un criterio diferenciado en el ejercicio de los



Reflexividad en la
intervención comunitaria
En nuestra intervención

Contenidos
situados

- ¿A qué edad empezamos a vivir la sexualidad?
- ¿Qué aspectos son relevantes para la salud sexual en la infancia?

Es importante vincular las sexualidadeS a la salud, al bienestar y a los derechos sexuales (el derecho a explorar la desnudez, el cuerpo, la identidad de género, a preguntar sobre sexualidad, a decir “no”, etcétera) para generar conciencia de los derechos propios, confianza y una actitud que diga “mi cuerpo y mi sexualidad me pertenecen”. El primer paso para la educación sexual es permitir la exploración. En la infancia, las experimentaciones de las sexualidadeS son un juego más y, como cualquier otro juego, es vital que todas las personas involucradas estén a gusto.

- ¿De qué manera estamos dando una visión positiva de la sexualidad?
- ¿Qué contenidos educativos trabajamos en cada edad?

Desde muy temprano, las personas interiorizamos las prescripciones sociales relacionadas con la sexualidad. Que no se hable de esta en casa, que se cambie de canal cuando sale una escena erótica, etcétera, constituyen mensajes implícitos que pueden generar sentimientos como la vergüenza y la culpa. Por lo tanto, es conveniente hablar abiertamente sobre sexualidadeS, en positivo y con contenidos adecuados para cada edad. Explicar los acuerdos sociales en torno a las sexualidadeS: no nos masturbemos en público, no toquemos a alguien que no lo quiere o juguemos entre personas de edad similar, entre otros, constituyen fórmulas para educar permitiendo el desarrollo personal y, al mismo tiempo, facilitando estrategias y recursos para protegerse de riesgos y abusos.

- ¿Tenemos conocimiento del marco legal que regula los derechos en la infancia?
- ¿Qué papel tiene la patria potestad?

Es al intentar definir los derechos sexuales cuando se evidencia una falta de discusión en profundidad sobre los derechos en la infancia. La restricción de los derechos sexuales ni siquiera es explícita, es decir, la enunciación de los derechos sexuales se realiza de manera general, aunque se interpreta que de estos están excluidas las niñas y los niños. A veces, parecería que los derechos sexuales durante la minoría de edad se agotan en el derecho a recibir educación sexual, y ni siquiera este está garantizado en nuestro contexto.

Tener un derecho no significa que su ejercicio no pueda ser limitado; solo significa que esta restricción se tiene que justificar



No obstante, la conjugación problemática entre sexualidad e infancia se ha traducido en una regulación de los derechos sexuales como ámbito exclusivo del mundo adulto y ha implicado el aislamiento de la infancia. La consecuencia más grave es que se deja sin protección a un grupo en una condición de extrema vulnerabilidad.

derechos en el caso de la minoría de edad?

Perspectiva feminista:

Los estereotipos de género intervienen en la socialización de las niñas y niños, en la medida en que modelan y delimitan sus posibilidades. El entorno social de la criatura reproduce esta atribución desde los primeros momentos de vida y lo hace a través de los juguetes, los cuentos, la ropa, el lenguaje, etcétera. Son muchas las situaciones que ponen sobre la mesa la necesidad de una educación sexual integral desde la primera infancia: agresores en “mandada” a los que nadie ha enseñado a no agredir, cánones estéticos que hacen que las niñas de sexto de una escuela no quieran comerse el bocadillo a la hora del patio, familias LGTBI+ no reconocidas en su escuela, patios con juegos absolutamente segregados por géneros en los que el centro es ocupado por niños con sus juegos y las niñas relegadas a los márgenes, y un largo etcétera.

- ¿Qué estereotipos de género en el ámbito de la sexualidad puedo observar ya en la primera infancia?
- ¿Qué aspectos diferenciales establezco a la hora de acompañar las sexualidades de niñas y niños?

Perspectiva interseccional:

La educación sexual se tiene que adaptar al contexto, centrarse en las necesidades del grupo y responder de una manera adecuada a la diversidad de género, cultural, funcional, familiar, social, etcétera, con el objetivo de no incrementar las desigualdades.

Proponemos llevar a cabo actividades, metodologías de aprendizaje y mensajes próximos a la realidad cultural de las personas del grupo, adecuados a su desarrollo personal y a sus vivencias y necesidades.

- ¿He pensado en los aspectos culturales que rodean la sexualidad de las personas del grupo?
 - ¿Tengo en cuenta los entornos sociales y los condicionantes que operan en el grupo?
-

extremadamente bien. Por ejemplo, reconocer la libertad sexual en la infancia no significa que no se pueden prohibir las relaciones sexuales entre menores y personas adultas o no contraer matrimonio. Aun así, la ausencia de un debate profundo sobre sexualidadeS e infancia muchas veces nos lleva a limitar los derechos de los menores en vez de protegerlos (como ejemplo, podríamos mencionar la limitación de la libertad en la expresión o en la identidad de género).

- ¿Estamos reproduciendo estereotipos de género en nuestra intervención?
- ¿Qué mecanismos ponemos en marcha para transformarlos?

La educación sexual es un derecho y una necesidad que tiene que ser cubierta a lo largo de todo el ciclo vital con el fin de poder tener un desarrollo pleno de nuestros cuerpos y nuestras sexualidadeS, pero también para la construcción de una sociedad equitativa, igualitaria y sin violencias machistas. El modelo de coeducación tiene que incluir criterios de calidad en la educación sexual y también a la inversa; todo lo que se haga como educación sexual debe tener como fundamento la coeducación para atender las desigualdades de género y corregirlas. Coeducar es llevar el feminismo al aula para transmitir que un mundo igualitario es posible.

La intervención adulta es muy importante a la hora de contrarrestar los efectos del sexismo desde la primera infancia; es por eso por lo que necesitamos afinar nuestra mirada a las relaciones desiguales de género y dejar de reproducirlas (por ejemplo, revisar si los materiales educativos que utilizamos perpetúan los roles y los estereotipos de género, la heteronormatividad, el binarismo sexual, detectar situaciones de violencia o discriminación y buscar una resolución positiva, estar atenta al sexismo en el lenguaje, entre otros).

- ¿Estamos trabajando a partir de materiales pedagógicos que reflejen una multiplicidad de representaciones?
- ¿Estamos trabajando con la comunidad educativa (referentes familiares, personal del centro, etcétera)?

La incorporación de la diversidad sexual y de género, la diversidad funcional y una perspectiva antirracista será preventiva de otros tipos de violencias estructurales. La educación sexual tiene que promover la igualdad, la equidad y la justicia, sin discriminaciones, y trabajar para deconstruir mitos y creencias sobre las sexualidadeS.

Es conveniente utilizar materiales, recursos pedagógicos y un vocabulario que refleje la multiplicidad de maneras de vivir las sexualidadeS. Por ejemplo, será muy útil conocer y utilizar las diversas maneras de llamar a los genitales por parte del grupo, no solo porque serán próximas a las realidades diferentes del aula sino también para superar la lógica de la mirada única, crear espacios inclusivos, representar y validar las miradas diferentes a la hora de vivir y habitar el mundo.

Perspectiva de las diversidades:

La educación sexual es la integración de un amplio conjunto de contenidos que cambian de acuerdo con el periodo madurativo. Desde una mirada coeducativa, hay que nombrar la realidad con toda la diversidad posible a imaginar, para que las niñas y niños puedan jugar y experimentar mil maneras de ser y hacer, y decidir quiénes y cómo quieren ser.

- ¿Qué ideas me frenan a la hora de llevar a cabo la educación sexual en la infancia?
- ¿Tengo los conocimientos adecuados para abordar la diversidad en el aula?
- ¿Cómo puedo formarme?

BLOQUE 2

Vinculación con los contenidos teóricos desarrollados en los bloques de la guía

Reflexividad en la intervención comunitaria
Como agentes comunitarias

La deconstrucción de la Masculinidad hegemónica como promoción de la salud sexual:

La educación sexual que proponemos busca generar una distribución más igualitaria del bienestar y el placer en todo lo que está relacionado con las sexualidades y los vínculos afectivos. Promueve la prevención de la violencia machista, la equidad entre niñas y niños y la representación de referentes positivos sobre la feminidad y la masculinidad que contribuyan a desmontar la desigualdad de género desde la base.

- ¿Cómo se reproducen los estereotipos de género en la infancia?
- ¿Puedo observar desigualdades de género en la infancia?

- ¿Estamos incluyendo de manera transversal la perspectiva de diversidad sexual y de género?
- ¿Aparecen ejes de diversidad diferentes (funcional, de origen, de clase, etcétera)?

La diversidad cultural, sexual, corporal y funcional también serán representadas como riqueza y no como problema, como un prisma a través del cual mirar, y no como un anexo de la “normalidad”.

Es fundamental educar en la aceptación de la diversidad en su pluralidad de expresiones. Es importante incluir una formación en la afectividad y el conocimiento personal como parte fundamental de la identidad, respetar el derecho al desarrollo de la identidad de género y abrir espacios para la creatividad de género, donde las singularidades del grupo puedan expresarse libremente. Sin embargo, debemos intentar reducir el impacto de la mirada adultocéntrica y su necesidad de definir o asignar una identidad de género, que borre el miedo de la incertidumbre de no saber acompañar a menores con vivencias no normativas.

Reflexividad en la intervención comunitaria En nuestra intervención

Contenidos situados

- ¿Estoy facilitando un espacio que transforma las construcciones sociales que articulan la Masculinidad?
- ¿Cómo generamos una crítica con respecto a los géneros hegemónicos cuando estamos acompañando a niñas y niños?

Es imprescindible educar equilibrando las carencias derivadas del sexismo que todavía hay en nuestra sociedad (por ejemplo, las carencias de las niñas con respecto al liderazgo, o de los niños en los cuidados). Con el fin de transformar las relaciones desiguales, hay que eliminar los materiales pedagógicos y las dinámicas relacionales que aborden el género con estereotipos, que generen desigualdad y que perpetúen roles, valores y actitudes que discriminen y subordinen. Al mismo tiempo, es esencial incorporar un enfoque que trabaje el género transversalmente, que muestre que no hay un modelo único de ser hombre o ser mujer, que hay maneras diversas de ser y amar, que aporte herramientas para combatir las desigualdades, que fomente la capacidad crítica, la exploración, el autoconocimiento, etcétera.

Los cuidados en la gestión de la salud sexual:

La educación sexual no consiste solo en información, sino que también busca dar apoyo en la adquisición de habilidades y competencias, así como facilitar el desarrollo de una relación positiva con el propio cuerpo y hacia la sexualidad.

- ¿Qué significa cuidar de la sexualidad en la infancia?
- ¿Qué habilidades y actitudes relacionadas con los cuidados son fundamentales en la infancia?

Promoción de la salud sexual y reproductiva:

Deshacer el mito de la familia nuclear (madre, padre y criaturas) y las relaciones heterosexuales dentro del ámbito familiar. Hay tipos diferentes de relación y de relaciones familiares. Es importante dar visibilidad a la diversidad de origen, de capacidades y de edades en el ámbito familiar para generar una conciencia de que hay relaciones diversas, un sentimiento de proximidad y confianza, una actitud positiva hacia estilos de vida diferentes; en definitiva, para generar una mirada abierta a la diversidad.

- ¿Hay diversidad de modelos familiares a mi alrededor?
- ¿Qué desigualdades se encuentran a las familias no normativas?

Cuestiones metodológicas:

Recomendamos la lectura de los *Criteris de qualitat de les intervencions d'educació afectiva i sexual implementades als centres educatius de la ciutat de Barcelona* (Ayuntamiento de Barcelona, 2016). Este documento incluye una adaptación del documento publicado en el 2010 por la oficina regional de la OMS para Europa y la Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, que da una visión general sobre cómo adecuar la educación sexual a cada edad.

Además de los contenidos educativos y teniendo en cuenta los ciclos vitales, debemos tener presente qué **habilidades** queremos generar con nuestra intervención comunitaria; es decir, la capacidad de mostrar comportamiento, que en el ámbito de la sexualidad incluye habilidades muy diferentes, por ejemplo, cómo comunicar, cómo negociar, cómo expresar los sentimientos o cómo manejar situaciones no deseadas. También es importante tener las aptitudes necesarias para pedir ayuda en caso de tener problemas.

Otra cuestión importante son las **actitudes**, que podrían definirse como la interiorización de opiniones y valores relacionados con los contenidos. Las actitudes forman los principios básicos que guían nuestro comportamiento. Es importante que desde el principio las actitudes básicas formen una base firme para incorporar otros valores más adelante. En una primera etapa, se introducen los conceptos básicos de un tema determinado; en otras etapas, más tarde, se desarrollan y se consolidan los temas.

<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tengo recursos pedagógicos dirigidos a la infancia? • ¿Qué estrategias y habilidades debemos potenciar en nuestras intervenciones para facilitar los cuidados en la salud sexual? 	<p>Un enfoque holístico, basado en la comprensión de las sexualidades como un área de potencial humano, ayuda a desarrollar habilidades esenciales para que la persona pueda construir su propia sexualidad, así como sus relaciones en las etapas de crecimiento.</p> <p>Se trata de favorecer la adquisición de habilidades desde la primera infancia para que se viva la sexualidad y los vínculos afectivos de una manera libre y positiva. Estas habilidades pueden ser muy diferentes (por ejemplo, autoescucha, comunicación, gestión de situaciones no deseadas) y son esenciales para fomentar el autocuidado y el cuidado de las demás personas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ¿En los recursos educativos que utilizamos aparecen formas de amar y relacionarse no normativas (lesbianas, gais, bisexuales, etcétera)? 	<p>Es conveniente hablar del embarazo, del parto y de los conceptos básicos de la reproducción, de las maneras diferentes de formar parte de una familia (por ejemplo, la adopción), del hecho de que algunas personas tienen bebés y de otros no. Por otra parte, es importante dar respuesta al vacío existente de recursos didácticos sobre diversidad familiar para sustituir el concepto cerrado de <i>familia tradicional</i> por otro mucho más abierto, en el que las niñas y niños puedan encontrar referentes adecuados a sus realidades y nadie se sienta excluido.</p>

Algunos consejos metodológicos:

- Sería ideal que los temas se introdujeran antes de que se llegue a la etapa correspondiente de desarrollo, y así prepararse para los cambios que tendrán (por ejemplo, una chica debería saber qué es la menstruación antes de tenerla por primera vez).
- También sería ideal que adquiriéramos la habilidad de expresar nuestros límites antes de una situación de traspaso y que todas tuviéramos una actitud de respeto hacia el propio cuerpo y el del resto de las personas.
- Es necesario un lenguaje claro y próximo que genere una imagen positiva del cuerpo y de las sexualidades, autoestima y respeto por las maneras diferentes de vivir las sexualidades.
- Es importante fomentar que se aprenda a apreciar el propio cuerpo y a saber cuándo nos sentimos bien, y crear proximidad y confianza hacia las experiencias corporales y afectivas.
- Cada intervención debe tener en cuenta la edad del grupo al que se dirige específicamente.
- Es importante utilizar una revisión de los estereotipos de género de los recursos educativos que realizamos y tratar de representar la diversidad en su pluralidad de expresiones.

3.3.2. Diversidad generacional

ADOLESCENTES Y JÓVENES

BLOQUE 1

Vinculación con los contenidos teóricos desarrollados en los bloques de la guía

Reflexividad en la intervención comunitaria
Como agentes comunitarias

Enfoque integral:

Entiende la salud sexual como un estado del bienestar (subjetivo) físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, así como de autonomía para expresar y manifestar formas diversas de vivir las sexualidades.

- ¿Qué elementos favorecen el disfrute de mi salud sexual?
- ¿Cómo entienden los y las jóvenes la salud sexual?

Constructivismo social:

Entiende la Sexualidad como una construcción histórica y política, y pone de manifiesto cómo los procesos de salud no se desarrollan independientemente de los contextos sociales, los cuales pueden aumentar las desigualdades en temas de salud.

- ¿Me he cuestionado cómo afectan a mi salud sexual las construcciones sociales hegemónicas en torno a la Sexualidad?

Perspectiva de los derechos sexuales:

Promueve la autonomía, el empoderamiento y la capacidad de decidir en todo lo que está relacionado con las sexualidades y el cuidado de la salud sexual.

- ¿Qué quiere decir disfrutar del ejercicio de mis derechos sexuales?

Perspectiva feminista:

Problematiza las relaciones de género, las categorías sexo-género, los roles y las relaciones de poder, y pone de relieve de qué modo las desigualdades de género afectan a la salud sexual y nos impiden disfrutar de los derechos sexuales.

- ¿Me he planteado alguna vez cómo afectan los mandatos y los estereotipos de género a mi sexualidad?

Reflexividad en la intervención comunitaria En nuestra intervención	Contenidos situados
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los elementos clave de mi intervención para promocionar la salud sexual de los y las jóvenes? • ¿Estoy respondiendo a las necesidades de todas las personas a las que dirijo mi intervención? 	<p>La población joven (igual que la adulta) a menudo tiende a identificar la salud sexual con la ausencia de enfermedad. Nuestra intervención tendrá más impacto si abordamos la salud sexual como un proceso y tenemos en cuenta las habilidades procedimentales, que si nos centramos exclusivamente en los riesgos biológicos, ITS o embarazos no planificados que se pueden producir.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Estamos trabajando para cuestionar los mitos y las falsas creencias en torno a las sexualidades? • ¿Estoy fomentando reflexiones sobre el modelo hegemónico? 	<p>Adolescentes y jóvenes tienden a tener una visión de las sexualidades centrada en el coito y los genitales. Las sexualidades se pueden vivir de muchas maneras, todo depende de los gustos y las preferencias de cada persona; afectan a todo el cuerpo y son una realidad en todos los ciclos de la vida.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Los derechos sexuales son el eje fundamental de mi intervención? • ¿Estoy generando procesos de empoderamiento para poder disfrutar de los derechos sexuales? 	<p>El empoderamiento es un proceso que se va desarrollando a lo largo de todo el ciclo vital. Con personas jóvenes es esencial fomentar una actitud crítica como primer paso para la construcción del derecho de autonomía.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Estoy teniendo en cuenta las relaciones de poder desiguales entre chicas y chicos? • ¿Tenemos las mismas estrategias para chicas y para chicos? 	<p>Es conveniente incorporar estrategias diferenciadas para atender las desigualdades de género, en un marco de objetivos comunes. Con las jóvenes es esencial promover el acceso al propio cuerpo y estrategias de agencia de su placer y su sexualidad para potenciar que tengan más capacidad de decisión sobre sus sexualidades.</p>

Perspectiva interseccional:

Aborda las desigualdades estructurales (relacionadas con el género, la raza, la clase, las capacidades funcionales o la opción sexual, entre otros) que, de manera interconectada, dificultan el disfrute de los derechos sexuales.

- ¿Desde qué posición estoy interviniendo?
- ¿Cuáles son mis privilegios?

Perspectiva de las diversidades:

Posibilita visibilizar todas las identidades, las situaciones y las maneras de expresar y vivir las sexualidades y las relaciones afectivas de una forma no jerárquica y, al mismo tiempo, da respuestas a las necesidades específicas de las personas.

- ¿Qué reflexiones y saberes me aportan las diversidades en relación con las sexualidades?
-

BLOQUE 2

Vinculación con los contenidos teóricos desarrollados en los bloques de la guía

Reflexividad en la intervención comunitaria
Como agentes comunitarias

La deconstrucción de la Masculinidad hegemónica como promoción de la salud sexual:

Abrir espacios de reflexión con adolescentes y jóvenes en torno a la construcción de la identidad masculina permite revisar las dinámicas desiguales de poder entre chicas y chicos, prevenir las desigualdades y las violencias machistas en relación con los derechos sexuales, y el empeoramiento de la salud sexual de las personas.

- ¿Puedo identificar situaciones de vulneración de mis derechos sexuales arraigadas/vinculadas con las dinámicas de la Masculinidad hegemónica?
-

- ¿Estoy trabajando desde la horizontalidad con las personas a las que dirijo mi intervención comunitaria?
- ¿Cómo afectan las desigualdades sociales en relación con la salud sexual de adolescentes y jóvenes?

Es indispensable incorporar una perspectiva transformadora de las desigualdades sociales que generan el sexismo, el racismo, el clasismo, el capacitismo y el binarismo heteronormativo, entre otros factores. Debemos abordar la complejidad de los contextos sociales revisando nuestro etnocentrismo y nuestros privilegios y destacando los conocimientos de las personas con las que intervenimos.

- ¿Qué personas están en el centro de nuestra intervención y por qué? ¿Estamos teniendo en cuenta la diversidad sexual y de género sin caer en entenderlas como una variación del modelo hegemónico?

Es conveniente visibilizar que las sexualidades se pueden vivir de muchas maneras, todo depende de los gustos y las preferencias de cada persona. Hay varias formas de experimentarlas y es esencial reconocer todas las prácticas y las maneras de vivir las sexualidades de una manera igualitaria. Este reconocimiento es un primer paso imprescindible para abordar cualquier intervención desde la perspectiva de derechos.

Reflexividad en la intervención comunitaria En nuestra intervención

- ¿Por qué la Masculinidad hegemónica genera riesgos para la salud sexual de las personas?
- ¿Estoy abordando los efectos del machismo en el imaginario sexual y en la salud sexual de las y los jóvenes?

Contenidos situados

La naturalización de las violencias sexuales, la consideración del deseo de los hombres como una pulsión irrefrenable, la concepción del riesgo como valor positivo, entre otros, tienen un peso determinante en la articulación de la Masculinidad. Estos discursos que se traducen en los roles, comportamientos y actitudes continúan estando muy presentes en las relaciones de las y los jóvenes, lo cual dificulta el ejercicio de los derechos sexuales y los cuidados relacionados con la salud sexual. Es imprescindible generar un proceso reflexivo de estos discursos y de las desigualdades de género con el fin de posibilitar una mirada crítica sobre la Masculinidad que permita la promoción de la salud sexual.

Los cuidados en la gestión de la salud sexual:

Aprender a desarrollar estrategias vinculadas a los cuidados de la salud sexual nos permite disfrutar de los derechos sexuales y vivir las sexualidades de una manera plena y placentera. El espacio que concierne en las sexualidades como procesos, como vivencias, es el espacio donde nuestras intervenciones pueden acompañar a adolescentes y jóvenes, compartir saberes y generar estrategias colectivas que faciliten los cuidados de la salud sexual.

- ¿Cómo cuido mi salud sexual?
- ¿Cómo me afectan a los mandatos de género en los cuidados de mi salud sexual?
- ¿Puedo reconocer situaciones en las que no tuve cuidado o no cuido de mi salud sexual?

Promoción de la salud sexual y reproductiva:

Generar espacios de reflexión con adolescentes y jóvenes sobre las decisiones reproductivas donde ellas y ellos sean protagonistas activos es una herramienta básica de la intervención comunitaria para crear aprendizajes significativos sobre salud sexual y reproductiva y sobre las implicaciones de las decisiones reproductivas en sus proyectos vitales.

- ¿Qué papel tienen las opciones reproductivas en mi proyecto vital?
- ¿Qué situaciones puedo identificar en mi vida o en mi entorno que vulneren los derechos reproductivos?

Cuestiones metodológicas:

Con adolescentes y jóvenes, son especialmente útiles las metodologías activas, el entrenamiento de habilidades, el *role-playing* y las actividades que consiguen traducir en ensayos conductuales los contenidos de los aprendizajes.

Una intervención se volverá más eficaz si adolescentes y jóvenes:

- Participan en la elaboración de los contenidos de la actividad,
 - tocan, manipulan, examinan materiales relacionados con los contenidos,
 - potencian la reflexión, la comunicación y el intercambio de ideas entre iguales,
 - facilitan el desarrollo de la capacidad de autonomía y de crítica,
 - fomentan la autoestima y el empoderamiento.
-

- ¿A la hora de abordar los cuidados de la salud sexual, mi intervención, cuestiona o reproduce los estereotipos de género?
- ¿Mi intervención está generando estrategias para potenciar los cuidados en la salud sexual y prevenir las violencias machistas?
- ¿Tengo las informaciones pertinentes a la hora de abordar las estrategias de prevención en personas no heteronormativas?

Recomendamos centrar las intervenciones en estrategias preventivas que mejoren las habilidades de cuidado de la salud sexual, como la escucha de una misma, la identificación de deseos y de límites, la toma de decisiones, la comunicación en las relaciones de intimidad y la negociación de prácticas seguras y placenteras, entre otros. Es indispensable incorporar la prevención de las violencias machistas como promoción de la salud sexual.

Es importante facilitar informaciones y estrategias preventivas para los cuidados de la salud sexual sin difundir el miedo y el estigma hacia las ITS, en general, y el VIH/sida en particular.

- ¿Qué estrategias y habilidades son clave en la promoción de la salud sexual y reproductiva?
- ¿Qué límites tienen los esfuerzos de las políticas públicas para la prevención de embarazos no planificados o ITS?

Al mismo tiempo que tenemos en cuenta estrategias que mejoren las habilidades de cuidado de la salud reproductiva de adolescentes y jóvenes, es importante facilitar información básica sobre opciones anticonceptivas y hablar de las posibles opciones que se plantean: la píldora del día siguiente y la interrupción voluntaria del embarazo.

En un marco de objetivos comunes, recomendamos trabajar de manera diferenciada en grupos de chicas y grupos de chicos:

- Para facilitar espacios de seguridad y confianza,
- para profundizar en las necesidades específicas,
- para facilitar cambios actitudinales.

Podemos hacer sesiones en espacios diferenciados y complementarlas con otras conjuntas.

Si decidimos trabajar de manera conjunta, nuestra dinamización debe potenciar la participación de todas las personas. La evaluación educativa pasaría por la maduración personal, el autoconocimiento, las capacidades para construir vínculos igualitarios y para disponer de la propia vida libremente.

3.3.2. Diversidad generacional

PERSONAS MAYORES

BLOQUE 1

Vinculación con los contenidos teóricos desarrollados en los bloques de la guía

Reflexividad en la intervención comunitaria
Como agentes comunitarias

Enfoque integral:

El envejecimiento es un proceso inherente al ser humano, pero al mismo tiempo es un proceso diferente en cada persona. Se producen cambios que afectan a la sexualidad en general y la reproducción en particular, pero estos cambios no suponen el impedimento del desarrollo de unas sexualidades plenas y satisfactorias. El impacto psicológico que pueda producirse dependerá más de la significación que las personas den a estos cambios y de otros factores sociales, que de los cambios fisiológicos.

- ¿Cómo me imagino mi sexualidad en la vejez?
- ¿Qué aspectos son importantes para mi salud? ¿Tienen que ver con lo biológico?

Constructivismo social:

El concepto de edad social determina los comportamientos, las actitudes y las expectativas enmarcados para cada una de las edades. La edad social repercute, pues, en las sexualidades de las personas mayores, fruto de una serie de prejuicios y de la imagen “negativizada” de la vejez que genera el edadismo (rechazo hacia una persona o grupo de personas sobre la base de su edad).

- ¿Qué prejuicios tengo sobre las sexualidades de las personas mayores?
- ¿Me he cuestionado el edadismo, que sitúa solo el cuerpo joven como lo único deseable?

Perspectiva de los derechos sexuales:

La negación de los derechos sexuales de las personas mayores es notable. La existencia de prejuicios sociales, pautas culturales rígidas y determinadas actitudes sociales y familiares (como la censura, el reproche, el miedo, las risas o los chistes, entre otros) propician la discriminación de las personas mayores en el ejercicio de sus derechos.

- ¿Qué situaciones detecto que impiden a las personas mayores disfrutar de sus derechos sexuales?

Reflexividad en la intervención comunitaria En nuestra intervención

- ¿Cuáles son los elementos clave de mi intervención para promocionar la salud sexual de las personas mayores?
- ¿Los elementos centrales de la intervención coinciden con las preocupaciones del grupo?

Contenidos situados

En las personas mayores podemos encontrar algunas barreras que pueden dificultar la salud sexual. Estas barreras tienen más que ver con prejuicios sociales que con la medicación, las enfermedades o el envejecimiento. Las personas mayores tienen la capacidad de enamorarse, encontrarse o divertirse igual que en cualquier otra edad. No hay ninguna edad en que acabe la expresión de las sexualidades ni de la intimidad. Si enfocamos las sexualidades como placeres con formas múltiples de expresión, las personas mayores tienen acceso a una vida sexual fructífera y placentera. La salud sexual de las personas mayores depende más del estado de salud general, de la calidad de su vida sexual previa, de la comunicación con la pareja (en caso de que tengan) y de la disponibilidad de intimidad que de la edad.

- ¿Cómo afecta la percepción negativa de la vejez a los derechos sexuales de las personas mayores?
- ¿Estamos trabajando para cuestionar los mitos y las falsas creencias en torno a las sexualidades de las personas mayores?

Es conveniente revisar si en el grupo al que nos dirigimos (partiendo de su diversidad) hay presentes algunos estereotipos, mitos y falsas creencias, como considerar que, una vez acabada la etapa reproductiva, las personas ya no disfrutamos de nuestras sexualidades, que la actividad sexual es perjudicial para la salud, que ya no sentimos deseo o que es inapropiado, indecente o de mal gusto. Estos discursos hacen que, en ocasiones, estén vetados ciertos comportamientos y actividades (reservados para las personas jóvenes y adultas) relacionados con las sexualidades. Debemos favorecer que las personas que lo deseen puedan disfrutar de sus sexualidades libremente.

- ¿Cómo se perciben las sexualidades de las personas mayores?
- ¿Estoy generando procesos de empoderamiento que favorezcan el disfrute de los derechos sexuales?

La edad no elimina el deseo, el placer, la necesidad de dar y recibir afecto, ni nos priva del derecho de hacerlo. El empoderamiento es un proceso que se va desarrollando a lo largo de todo el ciclo vital. Es conveniente trabajar la autonomía para contrarrestar la invisibilidad social. El envejecimiento también puede ser una etapa que facilite el desarrollo de entornos favorables, con más oportunidades de participación e interacción social.

Perspectiva feminista:

Las desigualdades de género afectan a la salud sexual de mujeres y hombres mayores de una manera diferenciada. Ser mujer y ser mayor no entra en el imaginario social de la Sexualidad; la menopausia se ha considerado culturalmente el fin de todo, ya que se han ligado a esta conceptos como el deseo y la capacidad reproductiva. Para los hombres, ha habido un código y un espacio más amplio, por el cual se les permitía tener unas sexualidades más longevas. El machismo está muy presente también en estas edades: los hombres maduran, mientras que las mujeres envejecen.

- ¿Me he planteado alguna vez cómo me afectan a los mandatos y los estereotipos de género a lo largo de mi ciclo vital?
- ¿Los estereotipos edadistas, son los mismos para las mujeres que para los hombres?

Perspectiva interseccional:

Las desigualdades estructurales (relacionadas con el género, la raza, la clase, las capacidades funcionales, la opción sexual, entre otros), de manera interconectada, dificultan el disfrute de los derechos sexuales de las personas. Estas dificultades se agravan todavía más cuando se entrecruzan en la madurez con situaciones de dependencia (física, psicológica, económica, etcétera), bajo nivel educativo, pobreza, soledad, institucionalización, enfermedad crónica, diagnóstico psiquiátrico u otras circunstancias que pueden limitar la vida sexual y afectiva y la posibilidad de poder ejercer nuestros derechos.

- ¿Cuáles son mis privilegios en el ámbito de las sexualidades con respecto a las personas mayores?
- ¿Qué circunstancias relacionadas con desigualdades estructurales podrían limitar el ejercicio de mis derechos?

Perspectiva de las diversidades:

Al hablar de sexualidades, está garantizada la diversidad, una diversidad que llega a todas las franjas de edad. Hay que destacar las situaciones precarias de índole social relacionadas con la falta de apoyo social, la soledad, el LGTBIfobia, entre otros factores que afectan a la salud sexual y el ejercicio de los derechos sexuales de las personas mayores.

- ¿Qué reflexiones y saberes me aporta la mirada de la diversidad?
-

-
- ¿Hay diferencias según la edad en la percepción de las violencias machistas, el concepto del amor, etcétera?
 - ¿Cuáles son las claves para una intervención adecuada con mujeres mayores víctimas de violencia machista?

Una de las grandes consecuciones de la sexualidad adulta en la madurez es la posibilidad de ser agentes de nuestra propia sexualidad en primera persona. El paso del tiempo puede significar para muchas mujeres la posibilidad de convertirse en agentes de su propia vida, una cosa fundamental en una sociedad llena de mandatos de género agotadores (ser buena madre, pareja, hija, cuidadora, etcétera) y que, además, a partir de los 50 intenta hacerlas desaparecer del espacio público. En ocasiones, muchas mujeres, a causa de los estereotipos que vinculan reproducción con sexualidad, aceptan que ha llegado la etapa de la vejez y, con ella, el fin de sus sexualidadeS. Es conveniente contrarrestar estos discursos con procesos de aprendizaje que sigan enriqueciendo sus sexualidadeS de manera que puedan adquirir nuevos conocimientos y tomar decisiones sobre sus sexualidadeS de una forma más libre.

-
- ¿Estoy trabajando desde la horizontalidad y teniendo en cuenta las voces diferentes de las personas implicadas?
 - ¿Las actitudes hacia las sexualidadeS, están influenciadas por el tipo de residencia, el grado de autonomía o el estado civil?

En salud comunitaria, es indispensable destacar los saberes de las personas a las que dirigimos nuestra intervención, y ser conscientes de nuestra posición de poder y de nuestros privilegios, como también de nuestras limitaciones, y revisar nuestro edadismo, capacitismo y etnocentrismo.

Es conveniente tener presente que en los centros residenciales, en ocasiones, tienen lugar violencias institucionales que vulneran los derechos sexuales de las personas mayores. Las actitudes del conjunto de profesionales, unidas a la falta de formación sobre sexualidadeS y personas mayores, pueden dar lugar a prácticas que limitan la expresión sexual de las personas residentes, especialmente cuando las organizaciones para las cuales trabajan adoptan una cultura restrictiva sobre las sexualidadeS. Resulta indispensable que las profesionales actúen como facilitadoras y no como barreras de los derechos y asuman velar por el bienestar sexual de las residentes.

-
- ¿Cuáles son las necesidades y los deseos de las personas mayores de mi comunidad en relación con sus sexualidadeS?
 - ¿Cuáles son las necesidades específicas de las personas LGTBI+ en la madurez?

En la actualidad, a pesar de haber avanzado en los derechos legales de las personas con diversidad afectivo-sexual, sigue habiendo prejuicios sociales. Este hecho se ve multiplicado en las personas mayores, que han sufrido una educación en ocasiones más machista y más homófoba, y más desinformación y represión sobre las sexualidadeS. Otras necesidades específicas que no podemos obviar están relacionadas con el capacitismo social que provoca más permanencia en la vulneración de los derechos sexuales de las personas con diversidad funcional (adquirida o no en la vejez).

BLOQUE 2

Vinculación con los contenidos teóricos desarrollados en los bloques de la guía

Reflexividad en la intervención comunitaria
Como agentes comunitarias

La deconstrucción de la Masculinidad hegemónica como promoción de la salud sexual:

Revisar los discursos que construyen la Masculinidad en relación con las sexualidadeS puede abrir una puerta para generar cambios actitudinales muy beneficiosos en las sexualidadeS de las personas mayores y que van más allá de la esfera que está relacionada.

- Cuando un hombre no tiene una erección, ¿puede disfrutar de su sexualidad?

Los cuidados en la gestión de la salud sexual:

Lo esencial es devolver a las personas mayores su derecho a vivir sus sexualidadeS; la vida de la sexualidad es tan larga como la de las personas. Únicamente se producen una serie de cambios, como en cualquier etapa vital, a los que hay que adaptarse. Desde esta premisa, cuidar las sexualidadeS de las personas mayores es cuidar nuestras sexualidadeS futuras.

- ¿Qué sienten las personas mayores con respecto a su sexualidad? ¿Tienen miedo, tienen deseos y cómo los llevan a cabo?

Promoción de la salud sexual y reproductiva:

Los cambios en esta etapa de la vida comportan el fin de la capacidad de reproducción y, como tradicionalmente la sexualidad se vinculaba a la reproducción, se cree erróneamente que las sexualidadeS de las personas acaban abruptamente en el momento en que no somos aptos para la procreación, con lo cual se establece un enfoque estrictamente biológico que deja de lado el enfoque integral de la salud sexual.

- ¿Qué estrategias de cuidado de mi salud sexual he utilizado a lo largo de mi ciclo vital?
- ¿Qué imagen tengo de las personas mayores que decidieron no reproducirse?

Reflexividad en la
intervención comunitaria
En nuestra intervención

**Contenidos
situados**

- ¿Estoy generando un espacio que revisa y transforma las construcciones sociales que articulan la Masculinidad?
- ¿Qué estereotipos y roles de género tienen los hombres mayores?

La vieja concepción del sexo relacionada directamente con la penetración y asociada a una glorificación de la Masculinidad (la idea de que un hombre es más hombre si tiene más erecciones, más largas y sus eyaculaciones son más fuertes) genera un miedo profundo a la impotencia. La potencialidad transformadora de la vulnerabilidad puede producir cambios no solo ampliando la vertiente de los placeres sino mucho más allá, ya que puede suponer un cambio general para sus vidas.

- ¿Qué estrategias y habilidades debemos potenciar en nuestras intervenciones para facilitar los cuidados en la salud sexual?

Las estrategias de cuidado de las sexualidadeS para las personas mayores son muy parecidas a las de cualquier otra edad: no se tiene que omitir el uso de protección, las revisiones o la posibilidad de acudir al personal médico cuando sea necesario. Cuidarnos y que nos cuiden eleva la autoestima y el bienestar general. Es importante facilitar estrategias de cuidado de las sexualidadeS adaptadas a las necesidades de las personas mayores con las cuales trabajamos.

- ¿Cómo han afectado las decisiones reproductivas al proyecto vital de las personas del grupo?
- ¿Qué significados otorgan las personas al fin de la etapa reproductiva?

Los procesos relacionados con la menopausia y la impotencia por razones culturales a menudo se relacionan con el fin de la vida sexual de las personas, y se vinculan conceptos como el deseo o el placer a la capacidad reproductiva. Hacerse mayor es un viaje emocional en el que, como en otros momentos del ciclo vital, podemos sentir miedo, frustración o vulnerabilidad. Muchas personas mayores interiorizan los estereotipos edadistas y acaban renunciando a la expresión de sus sexualidadeS. Es conveniente acompañar emocionalmente a las personas, y detectar y abrir nuevos caminos por donde puedan transcurrir las sexualidadeS en esta etapa.

Cuestiones metodológicas:

Es necesario trabajar las sexualidades de una manera profunda, haciendo uso de la reflexión tanto cuando se trata de personas institucionalizadas como de personas que residen en el propio domicilio, para llevar a cabo un acompañamiento en la adaptación de las sexualidades a lo largo del ciclo vital, y evitar las frustraciones y fomentar las capacidades de agencia y resiliencia. Con el fin de favorecer la promoción de la salud y los derechos sexuales de las personas mayores, proponemos la creación de talleres de educación sexual tanto en las residencias como en centros de personas grandes, hogares de jubilados, centros de día, etcétera. El papel de las agentes comunitarias y profesionales que trabajan en la atención a las personas mayores es indispensable como conocedoras próximas de la realidad social.

Es necesario disponer de estrategias que permitan la sensibilización y la promoción de los derechos sexuales, y el intercambio de ideas, saberes y conocimientos entre las personas participantes para generar competencias y habilidades que estas puedan incorporar posteriormente a sus cotidianidades. Los talleres de salud comunitaria permiten adquirir hábitos nuevos, compartir saberes y experiencias, socializarse en el entorno y salir de las rutinas diarias. Son factores colaterales implícitos que finalmente se convierten en clave para el éxito de la actividad.

Debemos evitar caer en el paternalismo y la infantilización y revisar si nuestros prejuicios sobre las personas mayores no están determinando los objetivos y los contenidos de la intervención comunitaria. Para promocionar los derechos sexuales de las personas mayores, pueden ser útiles las recomendaciones siguientes:

- Informar y facilitar procesos de toma de conciencia sobre los derechos sexuales, poniendo el énfasis en el derecho a la autonomía, a la privacidad y a una sexualidad libre de violencias machistas.
- Abrir espacios de reflexividad para problematizar las falsas creencias y mitos sobre la sexualidad en la vejez que dificultan la expresión del deseo y la disposición a disfrutar de las sexualidades. Identificar situaciones de edadismo, hacer pedagogía y eliminarlas, con el fin de prevenir la vulneración de los derechos sexuales.
- Potenciar una visión positiva de la sexualidad que no la limite a la juventud, el coito, la procreación, el hombre o la heterosexualidad.
- Facilitar procesos de aprendizaje colectivo a fin de que las personas puedan tomar decisiones en relación con sus sexualidades de una manera más libre. Maximizar el empoderamiento de las personas mayores en situación de discriminación y vulnerabilidad.
- Como siempre, recomendamos poner en el centro los aspectos vivenciales y sociales de las sexualidades y tener en cuenta los significados que las personas dan a los cambios fisiológicos que se producen en esta etapa más que el hecho biológico.

Proponemos, como ejemplo metodológico de una sesión:

- Exposiciones de contenidos.
- Dinámicas de grupo.
- Discusión de casos y situaciones donde se vulneran los derechos sexuales de las personas mayores, y búsqueda colectiva de estrategias para garantizar el derecho a decidir libremente en todo lo relacionado con las sexualidades.

3.3.3. Diversidad funcional

BLOQUE 1

Vinculación con los contenidos teóricos desarrollados en los bloques de la guía

Reflexividad en la intervención comunitaria
Como agentes comunitarias

Enfoque integral:

La sexualidad es el motor más potente del crecimiento personal y del desarrollo de la propia personalidad y de las relaciones sociales. Como tal, debería ser central y no secundaria en el acompañamiento y en los apoyos sociales para las personas con diversidad funcional.

La única manera de tener una vida sexual plena es teniendo una autopercepción positiva del cuerpo y de sí misma, y una vida social rica y compleja. Por eso, debemos entender que las intervenciones en promoción de la salud sexual tienen que ir en consonancia con una apuesta para promover la vida independiente.

- ¿Tengo que pedir permiso a alguien para vivir mi sexualidad?
- ¿Soy capaz de reconocer los derechos sexuales a todas las personas?

Constructivismo social:

La discapacidad, como el género, es una construcción social. La concepción de las personas con diversidad funcional como “discapaces”, como menos capaces, no capaces, constituye el origen de la exclusión y la discriminación y, por lo tanto, es imprescindible cuestionar continuamente esta percepción.

- ¿Cómo me afecta a la idea de “normalidad”?
- ¿Me he cuestionado el capacitismo en mi deseo?

Perspectiva de los derechos sexuales:

Es esencial devolver a las personas con diversidad funcional su derecho a vivir sus sexualidades: considerar a las personas con diversidad funcional titulares de derechos implica dejar de concebirlas como portadoras de un “problema” individual atendible médicamente y reconocer que la mayoría de las limitaciones a las que se enfrentan están vinculadas a procesos económicos, sociales y culturales que han convertido sus diferencias físicas o psicológicas en un motivo para considerarlas ciudadanas de segunda.

- ¿Qué situaciones detecto que vulneran los derechos sexuales de las personas con diversidad funcional?
- ¿Qué papel deben tener profesionales y familias con respecto a los derechos sexuales?

Reflexividad en la
intervención comunitaria
En nuestra intervención

Contenidos
situados

- ¿Qué peso estamos dando al enfoque biomédico y al terapéutico en nuestra intervención?
- ¿Qué lugar estamos dando al placer y al bienestar?

¿Más allá de “qué podemos hacer por la sexualidad de las personas con diversidad funcional”?, hay que enfocar también la cuestión en la dirección contraria: “qué puede aportar la realidad de la diversidad funcional a la reflexión sobre las sexualidades”?

Las personas con diversidad funcional viven sus sexualidades como todo el mundo, de una manera muy única. Como cualquier otra persona, tienen muchas formas de vivir la sexualidad y mucho potencial crítico para cuestionar la Sexualidad hegemónica y para ampliar el imaginario del deseo y de los placeres.

Las personas con diversidad funcional son personas sexuadas, no tienen particularidades sexuales (no más que cualquier persona) y viven sus sexualidades con más o menos dificultades y, cuando estas dificultades surgen, están originadas más bien por el entorno social que por la condición de la persona.

- ¿Qué mitos y creencias nos dificultan la promoción de la salud sexual de las personas con diversidad funcional?

Las causas de la exclusión sexual de las personas con diversidad funcional son sociales. La barrera de un imaginario colectivo que infantiliza y asexualiza a las personas con diversidad funcional dificulta gravemente las vidas y las sexualidades de estas personas. La superación de mitos, tabúes y falsas creencias depende de asumir que estamos ante personas que, como cualquier otra, son merecedoras y tienen el derecho de tomar decisiones sobre su propia vida, incluida su sexualidad.

- ¿Estamos ofreciendo herramientas para tomar conciencia de los derechos sexuales y posibilitar que se disfrute?
- ¿Qué aporta mi intervención para facilitar el empoderamiento de las personas en relación con sus sexualidades?

¿Estamos teniendo en cuenta cómo las personas con las que trabajamos han interiorizado la opresión capacitista? Pensar algunos cuerpos como erróneos tiene unas consecuencias profundas que atraviesan las vidas de las personas con diversidad funcional y las privan de sus derechos. Es esencial generar procesos de empoderamiento en general y, en particular, sobre su vida sexual, y potenciar que las personas sean sujetos activos en la reivindicación de sus derechos sexuales. Teniendo en cuenta los posibles procesos de interiorización y naturalización de la opresión capacitista, debemos tratar de facilitar espacios donde demostrar que no se tiene que renunciar al derecho a una sexualidad digna, aunque hoy día sea la sociedad la que la limita gravemente.

Perspectiva feminista:

La intersección mujer – diversidad funcional nos habla de una exposición más elevada a las desigualdades sociales y a las violencias machistas, que las convierten en las olvidadas de las olvidadas. Las violencias contra las mujeres con diversidad funcional siguen unos mecanismos específicos; se trata de unas violencias invisibilizadas que tienen lugar mayoritariamente en el ámbito doméstico, residencial y médico.

Por otra parte, debemos tener presente que muchos roles asociados a la feminidad normativa, como la maternidad, el cuidado, la sensualidad y la sexualización del cuerpo, son precisamente los que las mujeres con diversidad funcional tienen negados.

- ¿Me he preguntado alguna vez por qué los lavabos tienen los letreros binarios y al lado los de las personas que van en silla?
- ¿Qué rasgos configuran mi feminidad? ¿Me he planteado alguna vez que hay mujeres excluidas de la feminidad normativa?

Perspectiva interseccional:

No debemos perder de vista otras dimensiones de las personas con las que trabajamos, como el género, la clase social, la raza, la edad, si tienen un diagnóstico psiquiátrico, si están medicalizadas, si residen en un centro, si están tuteladas, etcétera, que pueden ser relevantes para nuestra intervención. A menudo la situación de exclusión de las mujeres con diversidad funcional se ha entendido como fruto de una “doble discriminación”, pero la realidad es un poco más compleja que sumar opresiones: el patriarcado se intersecta y facilita modelos sociales específicos de desigualdad. Así, las mujeres con diversidad funcional sufren violencias machistas específicas, como la esterilización forzada o el aborto coercitivo, además del resto de las violencias machistas ante las cuales se enfrentan a más “vulnerabilización” social.

- ¿Cuáles son mis privilegios en relación con las personas con diversidad funcional?
 - ¿Cómo puedo pasar de un enfoque de doble o triple discriminación a una perspectiva feminista interseccional?
-

- ¿Qué quiere decir la intersección mujer-discapacidad?
- ¿Estoy abordando las violencias machistas específicas relacionadas con la diversidad funcional?

La persistencia de ciertos imaginarios, como la naturalización del deseo masculino o la supeditación de la mujer al aspecto físico, se combinan con la negación o la represión de la sexualidad en las mujeres con diversidad funcional. El vacío que acompaña esta cuestión se traduce en la falta de educación sexual que recibe el colectivo, ya que a menudo las familias y las escuelas no transmiten la sexualidad como algo inherente al ser humano e imprescindible como derecho y para la calidad de vida sino que, contrariamente, es una cuestión que genera miedo e incomodidad. Así, el velo de silencio con el que el entorno a menudo (no) afronta el tema se suele conducir por la vía de la sobreprotección de la mujer, que se puede materializar tanto en la negación de su sexualidad (infantilización, desexualización) como en su represión o aislamiento de cualquier manifestación erótica. Este vacío de conocimiento no combate sino que facilita el abuso sexual, una violencia que a menudo también cae en el saco del silencio.

No obstante, debemos asegurarnos mucho en nuestras intervenciones de no reproducir el estereotipo de estas mujeres como víctimas pasivas para facilitar procesos de empoderamiento y agencia.

- ¿Nuestra intervención cuestiona el modelo hegemónico de sexualidad?
- ¿Cuál es el posicionamiento de mi entidad en la defensa de los derechos sexuales de las personas con diversidad funcional?

Necesitamos superar el pensamiento dicotómico no solo con respecto a los conceptos *normal-anormal* sino también con respecto a la producción y la reproducción, a lo que es público y lo que es privado, a la capacidad y la discapacidad, o a lo natural y lo social. El capacitismo lleva a situar actos injustos de vulneración de derechos como acciones justificadas: se normalizan las violencias y se acepta el abuso. En definitiva, se incentiva una naturalización de violencias en general y la vulneración de los derechos sexuales en particular.

En ocasiones, por prudencia o por miedo, las entidades, las instituciones y los equipos profesionales no tan solo no facilitan los derechos sexuales de las personas que acompañan, sino que dificultan su ejercicio, por ejemplo, impidiéndoles el derecho a la intimidad o a la expresión de la sexualidad. Debemos tener muy claro que los derechos sexuales son universales y que estamos obligadas legalmente –y, sobre todo, éticamente– a garantizarlos y a promoverlos y, si procede, a interpelar a nuestras organizaciones para garantizar los derechos sexuales de una manera global para todas las personas con las que trabajamos. Actualmente, muy pocos centros tienen un plan de trabajo o protocolo sobre el abordaje de la sexualidad de sus usuarios y usuarias, y no se facilita información y posibilidades estructurales y educativas en relación con las sexualidades. Mientras no llegamos a un modelo de vida independiente, cualquier tipo de centro, residencial o diurno, dispone de varias posibilidades, como la elaboración de protocolos de gestión de la promoción de la salud sexual o la incorporación de la promoción de los derechos sexuales en la planificación centrada en la persona (PCP).

Perspectiva de las diversidades:

Desde los movimientos de la diversidad funcional se postula que el cuerpo (individual) no es el problema (social), de manera que el cuerpo mismo puede ser un territorio desde el que se construya la solución. Para romper las dinámicas infantilizadoras que naturalizan las situaciones de dependencia, se apuesta por la visibilización de los cuerpos con diversidad funcional como cuerpos sexuados, con deseos y deseables.

- ¿He naturalizado la asexualidad de las personas con diversidad funcional?
- ¿Qué reflexiones y saberes me aportan los activismos de la diversidad funcional para repensar mi práctica profesional?

BLOQUE 2

Vinculación con los contenidos teóricos desarrollados en los bloques de la guía

Reflexividad en la intervención comunitaria
Como agentes comunitarias

La deconstrucción de la Masculinidad hegemónica como promoción de la salud sexual:

Activistas como Antonio Centeno aportan reflexiones muy interesantes para repensar la construcción de la identidad masculina. Si la identidad masculina se construye a partir de un cuerpo fuerte, valiente, potente y vigoroso que compite por el espacio público, de una sexualidad falocéntrica y de una contención de lo que es emocional, ¿cómo encaja la diversidad funcional en esta hegemonía?

- ¿Me he preguntado alguna vez sobre la relación entre la masculinidad y la diversidad funcional?
- ¿Un hombre con diversidad funcional puede ser un referente de masculinidad?

Los cuidados en la gestión de la salud sexual:

La negación sistemática del derecho a recibir una educación sexual comprensiva y la falta de oportunidades para aprender a relacionarse sexual y afectivamente, aumentan la posibilidad de embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual, impiden un desarrollo adecuado de su sexualidad, crean conflictos entre sus deseos y las normas sociales, y los hacen especialmente vulnerables a sufrir abusos y agresiones sexuales.

- ¿Me he cuestionado el capacitismo que, desde el miedo, impide que, por ejemplo, las personas con diversidad intelectual tomen decisiones sobre su salud sexual?

- ¿Tengo en cuenta en la intervención los debates y las reivindicaciones de los movimientos de la diversidad funcional?
- Además de la asistencia, ¿se prevén otras estrategias que faciliten el disfrute de los derechos sexuales?

Los movimientos de la diversidad funcional han pivotado sobre un elemento central: la resistencia ante la imposición de un destino marcado por una anatomía concreta. Así, se ha entendido el cuerpo como un foco principal de resistencia. Fruto de esta resistencia, nace la reivindicación de la asistencia sexual: un tipo de trabajo sexual que consiste en dar apoyo para poder acceder sexualmente al propio cuerpo o al de una pareja. La persona asistida decide cómo recibe apoyo: esta es su forma de autonomía para explorar su cuerpo, para masturbarse, para vivir su sexualidad. No todas las personas con diversidad funcional necesitan asistencia sexual, solo aquellas la autonomía y las decisiones de las cuales pasan por las manos de otra persona. En el caso de la diversidad intelectual, la persona tutora se responsabiliza de establecer entre persona asistente y asistida el protocolo para determinar qué puede decidir la persona con diversidad intelectual por sí misma, qué decide con apoyo y qué no decide.

Reflexividad en la intervención comunitaria En nuestra intervención

- ¿Estoy facilitando un espacio que revisa las construcciones sociales que articulan la Masculinidad?
- ¿Estoy incorporando las experiencias de los participantes en relación con la construcción de la identidad de género?

Contenidos situados

Elementos como asumir la vulnerabilidad, la fragilidad del cuerpo, la dimensión comunitaria de los cuidados y los apoyos, o vivir unas sexualidades menos normativas, son clave para el proceso de deconstrucción de la Masculinidad hegemónica, para darse cuenta de los privilegios y para poder deshacerlos. La diversidad funcional, precisamente, puede ser una puerta para abrir este camino (o no); debemos partir de las experiencias y vivencias del grupo con el que trabajamos y ajustarnos al máximo a su realidad.

- ¿Tengo recursos pedagógicos adecuados para trabajar las estrategias de cuidado de la salud sexual de las personas con las que intervengo?
- ¿Qué procesos debemos facilitar para promocionar la salud sexual?

Entendemos que el trabajo de promoción de los cuidados en salud sexual debe ir en consonancia con un trabajo comunitario que trate de manera global la toma de decisiones y facilite la autonomía. Debemos cuestionarnos tanto la sobreprotección como la infraprotección que a menudo sufren las personas con diversidad funcional. La educación sexual de las personas con diversidad funcional no debe centrarse en la prevención de riesgos: ha de tener en cuenta también las posibilidades de su vida sexual y afectuosa, y trabajar para empoderarlas. Es nuestra



Promoción de la salud sexual y reproductiva:

La Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad insta a los estados a tomar medidas para poner fin a la discriminación en todas las cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones personales. No obstante, estamos muy lejos de la igualdad de condiciones y, en este ámbito, también es flagrante la discriminación y la vulneración de derechos de las personas con diversidad funcional.

- ¿Cuál es mi posición con respecto a los derechos reproductivos de las personas con diversidad funcional?
- Las personas con las que trabajo, ¿se han planteado alguna vez la opción reproductiva? ¿Por qué?

Cuestiones metodológicas:

Debemos tener mucho cuidado en nuestras intervenciones para no reproducir el imaginario social del drama personal. Evitemos caer en el paternalismo y fomentemos intervenciones que faciliten procesos de agencia y el empoderamiento. Especialmente con mujeres, debemos huir del estereotipo de víctimas pasivas. Podemos aprender mucho abriendo el espacio al intercambio de estrategias y resistencias cotidianas que han desarrollado a lo largo de sus vidas.

Debemos potenciar espacios en los que las personas con diversidad funcional puedan ser las protagonistas de sus derechos y de sus decisiones, que generen procesos para la resiliencia y que propongan referentes positivos que faciliten la agencia de los derechos sexuales.

Para promocionar los derechos sexuales de las personas con diversidad funcional, pueden ser útiles las siguientes recomendaciones:

- Informar y facilitar procesos de toma de conciencia de los derechos sexuales, y poner el énfasis en el derecho a la expresión de la sexualidad, a la privacidad, a la intimidad y a la libertad sexual.
 - Facilitar procesos de aprendizaje colectivo a fin de que las personas puedan tomar decisiones en relación con sus sexualidades de una manera más libre.
-

responsabilidad encontrar recursos pedagógicos sobre salud sexual que no sean excluyentes, y potenciar la autonomía de las personas a la hora de escoger las estrategias de cuidado de su salud que se adapten mejor a su vivencia y contexto.

- Las personas con las que trabajo, ¿han podido tomar decisiones informadas sobre las opciones reproductivas?

¿Las personas con diversidad funcional, tienen programas y atención de la salud sexual gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que las personas con capacidades normativas? Las barreras sociales siguen persistiendo en el derecho a la reproducción de las mujeres con diversidad funcional, especialmente si la diversidad es intelectual, en la concesión de la custodia legal de las hijas o hijos a la madre en caso de divorcio, en el acceso a la adopción o el acogimiento familiar y a la reproducción asistida. A estas discriminaciones se añade el hecho de que, con frecuencia, el personal sanitario desaconseja el embarazo por considerarlo de alto riesgo, y oculta su desconocimiento profesional a la hora de acompañarlas en este proceso. Cuestiones como el aborto coercitivo o la esterilización forzosa de las personas con diversidad funcional son aspectos primordiales que hay que replantear en la defensa de los derechos sexuales de las personas con diversidad funcional.

Para contrarrestar el imaginario social del “cuerpo erróneo” proponemos metodologías que pongan el cuerpo en el centro. En este sentido, pueden ser herramientas útiles:

- Las dinámicas corporales que faciliten el encuentro, la reconciliación con el propio cuerpo, la experiencia sensorial, etcétera.
- El *role-playing*: ejercicios que, mediante el ensayo, proporcionen recursos para gestionar vivencias relacionadas con las sexualidades.
- La *performance*: por ejemplo, si queremos trabajar el género, en vez de hacerlo desde el ámbito discursivo podemos proponer metodologías corporales, como drag king, para producir el intercambio de reflexiones.
- El teatro y el humor: para facilitar procesos de apropiación y reivindicación de los derechos desde el empoderamiento.

Además de dinamizar talleres, si trabajamos de manera continuada con un grupo de personas, sería interesante poder utilizar cualquier recurso pedagógico que se adecue a los objetivos de nuestra intervención y a las especificidades del grupo.

En la web <http://salutsexual.sidastudi.org/es/zonapedagogica/diversidad-funcional>, puedes encontrar una selección de materiales educativos y divulgativos sobre los derechos sexuales.

Recursos pedagógicos

A continuación, se presenta una selección de recursos pedagógicos para disponer de materiales y ampliar informaciones que favorezcan el desarrollo de intervenciones comunitarias teniendo en cuenta las especificidades desarrolladas en las tablas del apartado anterior. Finalmente, se recoge una recopilación de materiales y recursos producidos por Creación Positiva y SIDA STUDI como entidades autoras de la guía, que pueden ampliar o ejemplarizar los contenidos que se han expuesto.

Diversidad cultural



“Un mundo de géneros” Exposición

Con motivo de la Semana por la Diversidad Afectivo-sexual y de Género del 2018 sobre las identidades no binarias con el lema #TrenquemElBinarisme, desde el Consejo de Juventud de Barcelona se preparó una exposición sobre géneros no binarios por todo el mundo. Está disponible en formato digital como recurso para que todo el mundo pueda revisitarla en línea, imprimirla o utilizarla libremente para sus propósitos.

Disponible en:

<http://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD26242.pdf>



Lo que ocurre cuando sumas machismo y racismo. Vídeo

Un grupo de mujeres racializadas denuncian en un vídeo el racismo “específico” que sufren por ser negras, latinas, asiáticas o musulmanas. Reflejan el exotización, la hipersexualización y la estigmatización que caracterizan determinadas actitudes machistas que solamente sufren las mujeres racializadas.

Disponible en:

<https://www.youtube.com/watch?v=Jko5SBmPUNA>



A escondidas. Película

Ibrahim, un chico marroquí de 16 años, camina solo y desorientado por una carretera de las afueras de una gran ciudad. Sabe que en dos días lo expulsarán del país, así que coge la mochila y se fuga. No tiene dónde ir. En una discoteca, Rafa, un chico español de 15 años, está muy nervioso porque no se cree capaz de satisfacer lo que espera la chica que lo acompaña. El destino de Ibrahim y Rafa se cruzan y la influencia que ejercen el uno sobre el otro será tan grande que empezarán a sentir cosas que no podrán controlar.

Más información: <http://www.aescondidaspelicula.com/>

Diversidad funcional



La salud sexual: claves para disfrutar de unos hábitos sexuales sanos y placenteros. Guía de lectura fácil

¿Por qué un libro sobre cómo cuidar nuestro bienestar sexual y afectivo? Para poder disfrutar de nuestras relaciones sexuales, teniendo en cuenta nuestras necesidades, nuestros gustos y los de los demás. Para estar bien informados y protegernos de posibles riesgos para nuestra salud y la de los demás. Para sentirnos felices y seguros en nuestras relaciones sexuales y afectivas. En este libro encontrarás información y orientación para que puedas disfrutar de unos hábitos sexuales sanos y placenteros. Este libro te puede servir a ti, a tu familia, a tus amigos, a los profesionales de tu entorno y a todas aquellas personas que tengan interés en cuidar y aprender acerca de su sexualidad. (Extraído del documento).

Disponible en: <http://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD46927.pdf>



Indiscutible. Material didáctico

InDiscutible es un video pedagógico que pretende hacernos reflexionar sobre el derecho de las personas con discapacidad a disfrutar de una sexualidad libre, plena y consentida. Para reforzar su intención didáctica, se presenta en tres bloques claramente diferenciados. A su vez, cada uno de ellos consta de tres partes: Primera parte: refleja las opiniones sobre los temas abordados, tanto de las personas con discapacidad como de los familiares y profesionales del sector que han participado en las sesiones de trabajo a lo largo de todo el proceso.

Segunda parte: recoge una serie de escenas teatralizadas en las que se proponen situaciones que muestran las dificultades de las personas con discapacidad para vivir su sexualidad, así como las dificultades de familiares y profesionales para prestarles el apoyo necesario en cada caso. Tercera parte: al final de cada bloque se plantean unas preguntas sencillas, directas y necesarias que resumen el contenido del bloque y pretenden ayudarnos en el proceso de reflexión sobre los temas tratados. (Versión original en castellano y catalán con subtítulos en castellano). (Extraído del documento).

https://indiscutable.cat/index_cas.html



Sexualidades diversas. Manual para atención de la diversidad sexual en las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo

El Manual ofrece elementos que permiten conocer mejor la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, que son con quienes se trabaja desde FEAPS. Permite acercarse a su realidad y, con ello, desterrar ciertos mitos y falsos tópicos. Además, también ofrece propuestas y orientaciones con las que contribuir, cada uno desde su ámbito y de manera consensuada y coordinada, a mejorar la educación y la atención de la sexualidad de estas personas. El Manual comparte la idea, que la Asociación Estatal Sexualidad y Discapacidad lleva tratando de difundir desde sus inicios, y en la que incide siempre que tiene oportunidad, de que “hacer buena Educación Sexual es más sencillo de lo que parece”. Una idea que profesionales y familiares acogen con mucho más interés del que pudiera parecer. En esta dirección el Manual aporta claves para hablar más y mejor sobre algunos aspectos relacionados con la educación sexual, pautas sobre cómo actuar frente a algunas conductas y pistas sobre cómo organizar ciertos entornos para propiciar un buen desarrollo en todos los aspectos.

Disponible en: https://sid.usal.es/idocs/F8/FD027071/Sexualidades_Diversas.pdf



ESI y discapacidad visual. Vídeo

En este material se presentan las reflexiones de un grupo de adolescentes y jóvenes ciegos o con dificultades visuales sobre la sexualidad y la afectividad en talleres sobre educación sexual. Está elaborado por el programa “Educación sexual integral” de Argentina.

Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=CeCdvV4a5xw>



Sexo jóvenes: vídeos para personas con dificultades auditivas

Serie de vídeos en lengua de signos catalana accesible para personas con dificultades auditivas. Se recogen diferentes aspectos de la salud sexual organizados en varios apartados (Afectividad y sexualidad; Conocimiento del cuerpo; *Petting*; La primera vez; Contracepción; Contracepción de urgencia; Embarazo; Aborto; Infecciones de transmisión sexual; Abuso, acoso y agresión sexual; Sexo y drogas; Cibersexo; Acoso virtual). Los vídeos se localizan en la parte derecha de cada subapartado bajo el epígrafe “Versión accesible”.

Disponible en: <http://sexejoves.gencat.cat/ca/temes/>

Diversidad generacional

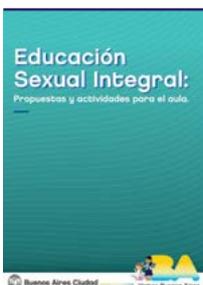
Infancia



Explicame un cuento: coeducar en la pequeña infancia a través de los cuentos

Esta guía nace con la voluntad de ofrecer un recurso formativo y práctico para educadoras, educadores y maestras de escola bressol, interesadas en incorporar una mirada coeducativa en los cuentos infantiles. Al mismo tiempo, es un recurso para cualquier persona interesada en los cuentos desde una perspectiva de género, dirigido también en el entorno comunitario, a las familias y a otras etapas educativas en las que también se utilizan los cuentos. La guía se estructura en cuatro bloques principales: el papel de los cuentos en la pequeña infancia y la socialización de género, la elección de cuentos desde una mirada coeducativa, una propuesta de selección de cuentos para “La maleta viajera”, ideas para acompañar la explicación de los cuentos y propuestas y recursos vinculados. En cada bloque, encontrarás recuadros fuera de texto que te aportarán algunas definiciones o anotaciones sobre el tema que se está tratando.

Disponible en: https://coeducaccio.coop/wp-content/uploads/2019/02/Explicame-un-cuento_-versio-x-difondre.pdf



Educación sexual integral: propuestas y actividades para el aula

Este cuadernillo contiene una serie de actividades que, a modo de propuestas orientadoras, fueron pensadas para realizar con estudiantes de los tres niveles (inicial, primario y medio).* La intención es poder pensar la educación sexual integral en el proceso de crecimiento, teniendo como marco de referencia que las cuestiones que se abordan desde el nivel inicial darán pie a la tarea que se encare

durante la escuela primaria y, que con la continuidad del trabajo en este nivel, será el punto de partida de lo que se abordará durante el nivel medio. [...] Este cuadernillo se diseñó a partir de cuatro ejes temáticos que abordan aspectos diferentes de la educación sexual integral. (Extraído del documento).

* Este documento está basado al sistema educativo argentino y los ciclos escolares son diferentes.

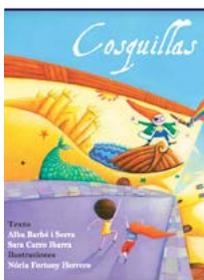
Disponible en: https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/cuadernillo_esi.pdf



Dibujando el género

Es un proyecto divulgativo basado en el libro *Dibujando el género*, que tiene como objetivo acercar las aportaciones de los estudios de género a un público amplio. El proyecto está elaborado por Gerard Coll-Planas y Maria Vidal. Esta es una guía pedagógica pensada para acompañar el uso de las animaciones de *Dibujando el género* en contextos educativos (formales y no formales). La guía propone cinco dinámicas que están dirigidas básicamente a alumnado de ESO. Encontrarás un glosario de conceptos, cada dinámica explicada paso a paso y recomendaciones para llevarlas a término elaboradas por la cooperativa Candela.

Disponible en: <http://www.dibgen.com/index-es.html>



Cosquillas

La sexualidad nos acompaña, desde muy pequeñas, en las distintas etapas de nuestra vida. Es una fuente de aprendizaje y un campo lleno de experiencias muy valiosas para nuestro desarrollo. Pese a que a veces nos puede resultar difícil hablar a las criaturas de su sexualidad, sus deseos y sus fantasías, hacerlo contribuye a que crezcan de un modo saludable e integral. Como personas adultas, es importante promover la libre experimentación con el cuerpo y ampliar el imaginario en torno a la sexualidad. (Extraído de la contracubierta)

Disponible en: <https://issuu.com/edbellaterra/docs/pesigolles>



La peluca de Luca: un cuento para valientes

Luca es un tipo valiente. Con apenas cuatro añitos se atrevió a cuestionar las normas que otros construyeron para él. Se enfrentó al mundo, su mundo, nuestro mundo, y nos demostró que nunca es pronto ni tarde para luchar contra las cosas absurdas de la vida. (Extraído del cuento)

Disponible en: <https://lapelucadeluca.com/>

Jóvenes



Guía d'educació sexual: Els nostres cossos, els nostres drets

Es un material de apoyo al profesorado, destinado a trabajar la educación afectivo-sexual como un contenido transversal del currículum, ya sea a través de la tutoría o del tratamiento transversal de los contenidos en las diversas áreas, módulos y materias. El objetivo no es otro que acompañar a jóvenes y adolescentes en su proceso de crecimiento, desarrollo y aprendizaje personales y empoderarlas para la autodeterminación de su propia identidad, de una manera libre, sana y sin presiones sociales normativas.

Disponible en: <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 es un planteamiento educativo nuevo en la televisión de nuestro país, pensado para informar, sensibilizar y empoderar a los y las adolescentes (y no tan adolescentes) sobre la sexualidad. A mediados del 2016, Betevé, el canal de televisión de Barcelona, contactó con el Centro Joven de Atención a las Sexualidades (CJAS) con la finalidad de pedir asesoramiento para elaborar un nuevo programa de educación sexual para jóvenes y adolescentes. *OMG* habla de la sexualidad desde los derechos, siempre en positivo, poniendo el peso en todo lo satisfactorio, de disfrute, de placer, hablando sobre todo de las oportunidades y también, cuando es necesario, de los “riesgos” (embarazo no deseado, aborto, ITS, relaciones abusivas, violencias de género, etcétera). El programa ha tenido dos temporadas emitidas entre los años 2016 y 2018 y se ha ofrecido información clara que facilite a los y las jóvenes la toma de decisiones con respecto a su vida sexual. (Extraído del web).

Disponible en: <https://centrejove.org/omg/>



Desaprenent: Una mirada feminista a l'etapa secundària

Esta guía pretende ser una herramienta de apoyo para el profesorado de secundaria de cara a poder incorporar la coeducación en su día a día profesional. Está dividida por secciones temáticas con la idea de facilitar su lectura. La mayoría de los capítulos presentan la misma estructura: una parte teórica que enmarca las actividades y una segunda parte con actuaciones prácticas. A pesar de esta división, todos los capítulos están relacionados y te recomendamos leerla en-

tera para tener una visión de conjunto. Se trata de crear una mirada holística y transversal de la coeducación en los institutos. (Extraído del texto).

Disponible en: https://candela.cat/wp-content/uploads/2019/04/guia_def_02.pdf

GUÍA PARA EL PROFESORADO



Con-sentido: guía para el profesorado

La normalización de la violencia sexual y sexista forma parte del día a día de nuestra sociedad, y para ponerle fin es necesario generar un pensamiento crítico, libre de estereotipos que guíen nuestros actos y configuren nuestras identidades. Desde los *consejos de Juventud de Asturias* proponemos, con este material, educar en la importancia del consentimiento como requisito imprescindible para el desarrollo de una sexualidad ética y positiva para todas las personas. Aprender a comunicar y consensuar como queremos relacionarnos es básico para garantizar los derechos sexuales fundamentales. (Extraído del documento)

Disponible en: 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. Guía didáctica

Este material didáctico consta de dos partes: una propone actividades para profesionales que trabajan con jóvenes mayores de 16 años, y la otra quiere ser una herramienta de trabajo y conocimiento para mujeres, y también facilitarles ámbitos de relación en torno a esta temática. (Extraído del documento)

Disponible en: <https://lassociacio.org/wp-content/uploads/2019/11/Drets-Sexuals-i-Reproductius.-Material-Did%C3%A0ctic-Joves.pdf>



Porno Eskola. Guía didáctica

Porno Eskola es una guía didáctica sobre pornografía y tiene como objetivo principal ser una herramienta de educación sexual. El porno, hoy en día, es la primera toma de contacto que tienen los y las jóvenes con la sexualidad, más concretamente, con el sexo. La fácil accesibilidad a este mundo mediante internet tiene su lado positivo y su lado negativo. Por eso, es importante que las personas que accedan a estos contenidos sean capaces de discernir cuáles son pedagógicos

y cuáles no lo son. En esta guía didáctica, reconstruiremos el universo del porno y reformularemos las teorías, repararemos los errores, reeducaremos a los usuarios y usuarias y los guiaremos hacia una pornografía feminista, equitativa y abierta. (Extraído del documento).

Disponible en: <http://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD45276.pdf>

Personas mayores



“Placeres sin edad: talleres de sexualidad para mujeres mayores”

Este artículo es una reflexión sobre los talleres de sexualidad para mujeres mayores. Porque, entre todas las sexualidades silenciadas y que necesitan ser reconocidas, la sexualidad de las mujeres mayores es una de las que necesita una atención y un afecto especiales. Aclaremos aquí que “mujeres mayores” es una categoría suficientemente amplia y abierta como para dar cabida a todas las mujeres que sientan que pertenecen a esta: las decididamente ancianas, las que empiezan a decir adiós a su juventud, las que ya han dejado atrás los sofocos, las que acaban de entrar en esta fase de sus vidas y se dan cuenta de que su sexualidad también se ve afectada y que (una vez más) nadie les había dicho nada de esto, las que ya no tienen pelos en la lengua porque han cumplido bastantes años como para decir lo que les parece. (Extraído del documento).

Disponible en: <https://matriz.net/mys41/img/Mujeres-y-Salud-41.pdf#page=21>



80 egunean

Axun es una mujer de 70 años que va al hospital para cuidar al ex-marido de su hija. Tendrá una sorpresa mayúscula al darse cuenta de que la mujer que cuida al enfermo de al lado es Maite, su gran amiga de la adolescencia. Pronto serán conscientes de que la química entre ellas continúa intacta. Las dos se divierten y disfrutan del reencuentro hasta que Axun descubre que Maite es lesbiana.



“Flores de Otoño”

“Flores de otoño” es una narración audiovisual en la que personas LGTBI de edad avanzada comparten sus historias y los problemas que afrontan en el otoño de la vida, de la fotógrafa Hanna Jarzabek. Ante los estereotipos, este proyecto invita a reflexionar sobre realidades



próximas y a menudo ignoradas. Este proyecto fotográfico se centra en el testimonio de personas mayores LGBTBI+ que comparten sus historias y los miedos a los que se enfrentan durante el otoño de su vida.

Disponible en: <https://vimeo.com/83958152>



Eran otros tiempos

Eran otros tiempos nos presenta a Teresa, a una mujer vital de la tercera edad. Nos abre las puertas de su casa para que conozcamos su rutina, su gato, sus fotos... Y un bello secreto. *Eran otros tiempos* está lleno de ternura: es un auténtico retrato documental y aporta toda la espontaneidad de que es capaz una abuela que es filmada por su nieto.

Disponible en: <https://cinemagavia.es/eran-otros-tiempos-critica-cortometraje/>



“Personas mayores y sexualidad creativa. El derecho al placer a lo largo de la vida”. Artículo

En este artículo se aborda la sexualidad y la afectividad de las personas mayores. Se parte de la relevancia de la diversidad y de las experiencias subjetivas a lo largo del envejecimiento, y se propone una reflexión sobre las pérdidas y el trabajo de duelo marcados por una visión estereotipada de las prácticas sexuales centradas en la genitalidad y el coito. También se acerca a los espacios de sociabilidad como lugares propicios para la comunicación y las muestras de afecto. (Extraído del documento).

Disponible en: 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 pedagógica para trabajar las sexualidadeS desde un modelo de promoción de la salud entendido como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla”, mediante la metodología de talleres grupales participativos.

Disponible en: <https://www.creacionpositiva.org/recurso/maletin-crespis/>



Cuidando de nosotras. Salud sexual en mujeres en prisión

Guía elaborada con las voces de muchas mujeres que están en la prisión y que, a pesar de ser diferentes entre ellas, han puesto palabras a sus dudas, miedos, necesidades, deseos y experiencias vitales sobre la sexualidad, los cuidados y las violencias, con el objetivo de proporcionar información y estrategias de cuidado para poder disfrutar de la sexualidad, de una forma segura y respetada a la vez que se disminuyen los riesgos de ITS.

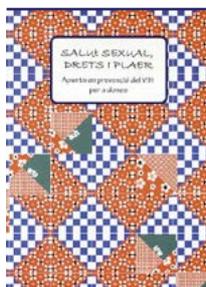
Disponible en: <https://www.creacionpositiva.org/recurso/cuidando-de-nosotras/>



¿Discriminamos? ¿Nos discriminan? Apuntes para vivirnos en diversidad

Material para trabajar el estigma y la discriminación vinculados al VIH y a la diversidad sexual entre mujeres privadas de libertad.

Disponible en: <https://www.creacionpositiva.org/recurso/apuntes-para-diversidad/>



Salud sexual, derechos y placer. Apuntes en prevención del VIH para mujeres

Esta publicación responde a la voluntad de compartir herramientas que nos puedan ser útiles como mujeres para vivir en un mundo en el que existen las ITS y el VIH. Y para ello, parte de una manera determinada de mirar, de entender y de actuar sobre la salud y la salud sexual, los derechos y los derechos sexuales, las relaciones, las sexualidades, los cuidados... (Extraído del documento).

Disponible en: <https://www.creacionpositiva.org/recurso/salud-sexual-derechos-y-placer-apuntes-sobre-prevencion-en-mujeres-y-vih/>



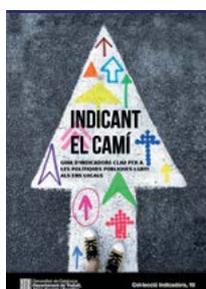
Instrumento de monitorización de los derechos sexuales y reproductivos [CAT]

Creación Positiva / L'Associació

Herramienta de monitorización y seguimiento de las políticas públicas catalanas en relación con los derechos sexuales y reproductivos, que incluye una propuesta de indicadores feministas, a fin de que haga una aportación al despliegue de la Agenda 2030 en Cataluña desde una perspectiva feminista.

Disponible en: <https://www.creacionpositiva.org/recurso/monitoratge-drets-sexuals/>

Diversidad sexual



Indicando el camino: Guía de indicadores clave para las políticas públicas LGBTI en los entes locales [CAT]

Este manual de indicadores clave para las políticas públicas LGBTI en los entes locales es una guía básica que ofrece el Área para la Igualdad de Trato y No Discriminación de Personas LGBTI de la Dirección General de Igualdad de la Generalitat de Catalunya a los entes locales para mejorar la coordinación interinstitucional. Pretende ofrecerles herramientas básicas para poder transformar las bases estructurales de la discriminación a través de políticas que corrijan y eliminen las desigualdades más allá de la parte punitiva.

Disponible en: <https://www.creacionpositiva.org/recurso/guia-indicadors-politiques-lgtbi/>

Campañas



“Releyendo las violencias sexuales” - Campaña contra las violencias sexuales

Esta campaña está formada por cuatro cápsulas audiovisuales que identifican y visibilizan las violencias sexuales en todos los ámbitos, y una quinta a modo de tráiler que recoge e invita al visionado de las otras cuatro cápsulas de sensibilización.

Con este material hemos visibilizado, por una parte, varias situaciones que constituyen violencias sexuales y, por la otra, hemos querido generar un espacio de reflexión y de apoyo a las mujeres que han sufrido estas violencias. Estas cápsulas, rescatadas de varios encuentros con expertas en la materia, dan herramientas esenciales para hacer frente a esta lacra.

Disponible en: <https://www.creacionpositiva.org/proyectos-y-programas/releyendo-violencias-sexuales/>



“Desnaturalicemos las violencias sexuales” - Campaña contra las violencias sexuales

Hablamos sobre la dificultad de pasar por la sensación de que estás sola, que has sido tú la única víctima y que, desgraciadamente, no somos víctimas individuales. Somos víctimas colectivas.

Disponible en: <https://www.creacionpositiva.org/proyectos-y-programas/desnaturalitzem-vs/>



Lesbofobia, un documental y diez respuestas

Diez testimonios aportan sus vivencias y visiones, y articulan un discurso coral para visibilizar las violencias machistas hacia las lesbianas, así como para analizar los problemas de fondo y encontrar respuestas y estrategias para poner fin a la lesbofobia en intersección con otras violencias.

Productora: Creación Positiva

Directora: Inés Tarradellas

Disponible en: <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

Este documento ha sido elaborado por el equipo de SIDA STUDI con la intención de dar unas pinceladas a las profesionales que tienen interés en abordar la educación sexual con adolescentes y jóvenes en el ámbito escolar o en otros espacios de educación informal. En estas páginas queremos hacer pensar y reflexionar sobre la importancia de abordar la educación sexual en las aulas y generar procesos de reflexividad por parte de las profesionales para promover los derechos sexuales y la transformación social.

Disponible en: <http://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD59545.pdf>



El plaer de trencar la norma.

Claus reflexives per a l'educació sexual II

Documento dirigido a profesionales del ámbito social, cultural y educativo para ayudarlos a incorporar la perspectiva sobre la diversidad sexual y de género a sus proyectos didácticos. Queremos aportar contenidos y reflexiones políticas que permitan repensar la práctica profesional para detectar valores y dinámicas sexistas y heterocentradadas y, al mismo tiempo, para encontrar respuestas a las necesidades de adolescentes y jóvenes LGTBI. Proponemos un marco conceptual y unas claves metodológicas para promover intervenciones educativas que transmitan una visión positiva y libre de las diferentes identidades y preferencias sexuales, que fomente la capacidad crítica hacia el modelo hegemónico de Sexualidad y la solidaridad hacia la diversidad corporal, sexual y de género.

Disponible en: <http://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD59548.pdf>



Cossos il·limitats, plaers infinits.

Claus reflexives per a l'educació sexual III

Conscientes de que, històricament i hoy en dia, la societat exclueix a les persones amb diversitat funcional del món de la sexualitat, des de 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 moviments de la diversitat funcional que, en els últims anys, han aconseguit situar el creu entre sexualitat i diversitat funcional en els debats de l'opinió pública, no només lluitant contra la vulneració sistemàtica dels drets sexuals, sinó generant també importants i valiosos aportaments en relació amb la sexualitat. Inspirant-nos en aquests moviments, 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 la nostra sexualitat.

Disponible en: <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 la educació sexual en aquesta etapa vital. Des de nostra entitat som conscients de 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 al mateix temps som conscients també de que les nenes i nens 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 l'infància per ampliar els imaginaris de allò que és possible en les nostres maneres de ser i de relacionar-nos.

Disponible en: <http://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD67995.pdf>



Sabotejar el patriarcat, construir justícia eròtica.

Claus reflexives per a l'educació sexual V

Cada vez más, la sociedad rechaza cualquier forma de violencia machista, y eso se debe, en gran parte, al trabajo de los movimientos feministas. Aun así, quedan todavía muchos caminos por recorrer para poner fin a la normalización de las violencias. En estas páginas, queremos reflexionar sobre uno de estos caminos: promover una educación sexual feminista que incorpore entre sus principales objetivos la prevención y la erradicación de las violencias machistas en los ámbitos sexual y afectivo. La educación sexual es la base para el pleno desarrollo de la sexualidad de las personas, pero también puede ser una herramienta de transformación social con la que poder construir una sociedad equitativa y libre de violencias.

Disponible en: <http://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD69765.pdf>



Play Party! Hablando del calentón: estrategias de comunicación para sexualidades más placenteras

¿Qué es hablar de sexo? ¿Estamos acostumbradas a hacerlo? ¿Es fácil? ¿Da vergüenza? ¿Corta el rollo? ¿Quieres utilizar protección y no sabes cómo proponerlo? ¿Has sentido alguna vez presión para que cambies de opinión? ¿Tienes ganas de probar algo nuevo, pero te pone nerviosa comentarlo? Hoy no tienes ganas... ¿Cómo se lo dices a la otra persona? ¿Cómo nos aseguramos de que las personas con las que compartimos sexualidad están cómodas? ¿Te has sentido como un objeto? ¿Cómo comunicamos nuestras molestias y malestares? ¿Cómo gestionamos los cuidados de salud sexual en las relaciones abiertas? ¿Nos hacemos pruebas de ITS?

Si quieres consultar el material educativo que acompaña el vídeo para dinamizar una sesión de educación sexual, puedes consultar el enlace siguiente: <http://salutsexual.sidastudi.org/es/registro/a53b7fb3702e36170170395d17880047>

Zona pedagógica:

Selección de materiales educativos para profesionales sobre educación sexual, promoción de la salud sexual y de los derechos sexuales. Tiene una sección específica para población joven, otra para personas con diversidad funcional y un apartado común con contenidos clasificados por ejes temáticos: igualdad de género, diversidad sexual y de género, diversidad cultural, infecciones de transmisión sexual, métodos anticonceptivos y anticoncepción de emergencia, *bullying* homofóbico y violencias machistas.

<http://salutsexual.sidastudi.org/es/zonapedagogicas>

Zona de dinámicas:

Espacio para profesionales que quieran desarrollar dinámicas grupales sobre educación sexual, clasificadas según las principales dimensiones de las sexualidades.

<http://salutsexual.sidastudi.org/es/subhome-dinamicas>

Centro de documentación:

Especializado en salud sexual, con más de 18.000 materiales, recursos e iniciativas para promover la salud sexual.

<http://salutsexual.sidastudi.org/es/catalogo>

Kit del Placer:

Blog dirigido a jóvenes con las preguntas frecuentes que suelen surgir en nuestras acciones educativas.

<https://kitdelplaer.org/>

Evalúa+:

Se dirige a todas las entidades que hacen intervenciones en salud sexual. Su objetivo es ser una herramienta de apoyo para que las entidades y sus profesionales integren la evaluación en sus proyectos. También puede ser útil para entidades u organizaciones que trabajan en otros campos y con otras temáticas.

<http://salutsexual.sidastudi.org/es/zonapedagogica/evalua>

Bibliografía referenciada⁶⁰

- Agencia de Salud Pública de Barcelona (2012). *Plan de salud comunitaria y promoción de la salud de Barcelona*: Agencia de Salud Pública de Barcelona. <Disponible en: https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2016/07/pla_salut_comunitaria_2012.pdf>
- Ayuntamiento de Barcelona (2016). *Criteris de qualitat de les intervencions d'educació afectiva i sexual implementades als centres educatius de la ciutat de Barcelona*. Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona. <Disponible en: <http://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2017/03/Criteris-de-qualitat-intervencions-educacio-afectiva-i-sexual-implementades-als-centres-educatius-Barcelona.pdf>>
- Ayuntamiento de Barcelona. Área de Derechos de Ciudadanía, Cultura, Participación y Transparencia Dirección de Acción Comunitaria (2018). *Plan municipal de acción comunitaria 2018-2022*. Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona. <Disponible en: https://bcnroc.ajuntament.barcelona.cat/jspui/bitstream/11703/120102/1/Plamunicipalac2018-2022_es.pdf>
- Anzaldúa, Gloria y 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 en: <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* [documento inédito].
- 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 en: <https://papers.uab.cat/article/view/v95-n2-berga/89>>
- Bonino, Luís (2011). Salud, varones y masculinidad. En: *Voces de hombres por la igualdad*. <Disponible en: https://www.lazoblanco.org/wp-content/uploads/2013/08manual/bibliog/material_masculinidades_0533.pdf>
- Borrillo, Daniel; Seffner, Fernando y Ríos, Roger (2018). *Derechos sexuales y derecho de familia en perspectiva queer*. Porto Alegre: UFCSPA. <Disponible en: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01877798/document>>

60. La bibliografía presentada en esta guía sigue la normativa APA (American Psychological Association), pero hemos querido destacar intencionadamente los nombres y apellidos de todas las autoras con el objetivo de dar visibilidad a las referencias con autoría femenina.

- Butler, Judith (2006). *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*. Barcelona: Paidós. <Disponible en: <https://psicanalisespolitica.files.wordpress.com/2014/10/butler-judith-vida-precaria.pdf>>
- Butler, Judith (2007, orig. 1990). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós. <Disponible en: 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 en: <http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/download/45/44>>
- Castells, Manuel y 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*. Nueva York: Centro de Derechos Reproductivos. <Disponible en: https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/pub_br_spanish_gaining_ground_2008.pdf>
- Coll-Planas, Gerard y Missé, Miquel (2009). *Diagnòstic de les realitats de la població LGTB de Barcelona*. Bellaterra: Ayuntamiento de Barcelona. Drets Civils. <Disponible en: <http://w110.bcn.cat/fitxers/dretscivils/2diagnosticrealitatslgtbbcn.813.pdf>>
- Comitè 1r de Desembre (2017). *Follar és un acte polític*. Barcelona: Comitè 1r de Desembre. <Disponible en: <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-dans-en-la-transmissio-del-vih/>>
- Comité 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 en: https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cedaw_SP.pdf>
- Comité 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 en: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/INT_CEDAW_GEC_3731_S.pdf>
- Comité CEDAW (2017). *Informe sombra: seguimiento CEDAW*. <Disponible en: https://cedawsombraes.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 en: <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 en: <https://www.medicosdelmundo.org/file/275/download?token=V9NAISnE>>
- Donoso, Silvia (2002). La familia lésbica. En: Gibert Herd y Bruce Kof. *Gestión familiar de la homosexualidad*, p. 171-210. Barcelona: Ediciones Bellaterra. <Disponible en: <https://jlcarravias.files.wordpress.com/2017/11/herdt-gilbert-y-koff-bruce-gestic3b3n-familiar-de-la-homosexualidad.pdf>>
- Elvira Marín, Noemí y 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 en: 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 en: <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 en: <http://madridsalud.es/pdfs/TLGBQI.pdf>>
- Frago Valls, Santiago y Sáez Sesma, Silberio (2007). Drogas y sexualidad: repercusiones en la vida erótica. *Sal de Dudas*, 5, 133-152. <Disponible en: www.gazteukera.euskadi.eus/contenidos/noticia/materiala_sexualitatea/es_material/adjuntos/drogasYsexualidad.pdf>
- García Berrocal, María Luisa; Maragall Vidal, Margarita; Pineda Lorenzo, Montserrat; Solè Solè, Núria, y Vázquez Naveira, María José (2005). *A pelo gritao. Estudio cualitativo sobre vulnerabilidades, violencias y calidad de vida en mujeres seropositivas*. Barcelona: Creación Positiva. <Disponible en: <https://www.creacionpositiva.org/recurso/a-pelo-gritao-estudio-cualitativo-sobre-calidad-de-vida-de-mujeres-con-vih/>>
- García Berrocal, María Luisa y Pineda Lorenzo, Montserrat (2010). *Maletín de las señoritas Crespis*. Barcelona: Creación Positiva. <Disponible en: <https://www.creacionpositiva.org/recurso/maletin-crespis/>>
- García Jordá, Dailys y 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 en: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000400007>

- García-Santesmases Fernández, Andrea y Pié Balaguer, Asun (2015). De resistencias y violencias, una aproximación teórica a la lucha de las mujeres con diversidad funcional. En: Freixenet Mateo, Maria (coord.). *Gènere i diversitat funcional. Una violència invisible*, p. 45-73. Barcelona: Institut de Ciències Polítiques i Socials. <Disponible en: <https://www.icps.cat/archivos/CiPdigital/cip-g33freixanet.pdf>>
- García-Santesmases Fernández, Andrea; Vergés Bosch, Núria, y Almeda Samaranch, Elisabet (2017a). 'From alliance to trust': constructing Crip-Queer intimacies. *Journal of Gender Studies*, 26(3), 269-281. <Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09589236.2016.1273100>>
- García-Santesmases Fernández, Andrea; Vergés Bosch, Núria, y Almeda Samaranch, Elisabet (2017b). *Cuerpos (im)pertinentes. Un análisis queer-crip de las posibilidades de subversión desde la diversidad funcional*. Barcelona: Universidad de Barcelona. <Disponible en: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/402146/AGSF_TESIS.pdf>
- Gardner, Edward M.; McLees, Margaret P.; Steiner, John F.; del Río, Carlos, y 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 en: <https://academic.oup.com/cid/article/52/6/793/362421>>
- Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud (2016). *Protocol de les tècniques de reproducció humana assistida*. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut. <Disponible en: https://canalsalut.gencat.cat/web/content/_A-Z/R/reproduccio_assistida/documents/protocol_rha_def.pdf>
- González Gómez, Lara y Murguialday Martínez, Clara (2004). Evaluar con enfoque de género. *Cuadernos Bakeaz*, 66, 1-15. <Disponible en: <https://docplayer.es/91965835-Lara-gonzalez-gomez-y-clara-murguialday-martinez-evaluar-con-enfoque-de-genero.html>>
- González Guerrero, Soraya y Pajares Sánchez, Lorena (2012). *Guía práctica sobre derechos sexuales y reproductivos en la cooperación al desarrollo*. Madrid: ACSUR - Las Segovias. <Disponible en: https://issuu.com/acsur/assegovias/docs/0032673_gu_a_pr_ctica_sobre_derechos_sexuales_cast>
- 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: Ayuntamiento de Barcelona. Área de Derechos de Ciudadanía, Cultura, Participación y Transparencia Dirección de Feminismos y LGTBI. <Disponible en: https://bcnroc.ajuntament.barcelona.cat/jspui/bitstream/11703/106231/1/diagnostic_intersex_es%202.pdf>
- Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (2013). *Embarazo y salud materna: guía básica para mujeres que viven con VIH*. Barcelona: gTt. <Disponible en: 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 en: 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, Valencia: Cátedra, Instituto de la Mujer, Universidad de Valencia.
- Hernández Cordero, Ana Lucía y 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 en: http://www.adolescencia-yjuventud.org/que-hacemos/monografias-y-estudios/ampliar.php/ld_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 en: <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.
- Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida (2006). *Boletín Oficial del Estado*, 126, suplemento núm. 12, de 1 de junio de 2006. <Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2006/05/27/pdfs/A19947-19956.pdf>>
- Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista (2008). *Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 5123, de 2 de mayo de 2008. <Disponible en: <https://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/AppJava/PdfProviderServlet?versionId=969240>>
- Ley 17/2020, del 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista (2020). *Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 8303, de 24 de diciembre de 2020. <Disponible en: <https://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/AppJava/PdfProviderServlet?versionId=1828757>>
- Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género (2004). *Boletín Oficial del Estado*, 313, de 29 de diciembre, incluye corrección de errores publicada en BOE núm. 87, de 12 de abril de 2005. Ref. BOE-A-2005-5835. <Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2004/BOE-A-2004-21760-consolidado.pdf>>
- Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (2010). *Boletín Oficial del Estado*, 55, de 4 de marzo de 2010. <Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf>>
- Ley orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y las mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo (2015). *Boletín Oficial del Estado*, 227, de 22 de septiembre de 2015. <Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/09/22/pdfs/BOE-A-2015-10141.pdf>>
- Madrid Gutiérrez, Juan; Hernández Cordero, Ana Lucía; Gentile, Alessandro, y Ceballos Platero, Laura (2019). Embarazos y maternidad adolescente desde una perspectiva cualitativa en ciencias sociales. *Adolescere* 7(1), 39-47. <Disponible en: <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 en: <https://www.jstor.org/stable/1229035>>

- Merleau-Ponty, Maurice (1999). *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Altaya. <Disponible en: 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. En: Suárez Navaz, Liliana y Hernández Castillo, Rosalva Aída (ed.). *Descolonizando el feminismo: teorías y prácticas desde los márgenes*, p. 117-164. Madrid: Cátedra. <Disponible en: <http://www.ram-wan.net/restrepo/poscolonial/13.1.bajo%20los%20ojos%20de%20occidente-mohanty.pdf>>
- Moreno Beltrán, Anna y Varela Fernández, Belén (2009). *Drets sexuals i reproductius: material didàctic adreçat a grups i entitats de dones*. Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona. <Disponible en: <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 en: <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*. Nueva York: Naciones Unidas. <Disponible en: 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*. Nueva York: ONU Mujeres. <Disponible en: 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 conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. <Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90_es.pdf>
- Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la cual se modifican los anexos I, II y III del Real decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (2014). *Boletín Oficial del Estado*, 269, de 6 de noviembre de 2014. <Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2014/11/06/pdfs/BOE-A-2014-11444.pdf>>
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Influencia de la pobreza en la salud*. Informe de la Secretaría. [Ginebra]: OMS. <Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/21081/seb11312.pdf>>
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva*. Ginebra: OMS. <Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf>

- Organización Mundial de la Salud (2009). *Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. WHA62/R14*. <Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Developing sexual health programmes. A framework for action*. Ginebra: OMS. <Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/rhr_hrp_10_22/en/>
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción. Orientaciones y recomendaciones*. Ginebra: OMS. <Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/126318/9789243506746_spa.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. Ginebra: OMS. <Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH, 2016-2021: Hacia el fin del sida*. Ginebra: OMS. <Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250574/1/WHO-HIV-2016.05-spa.pdf>>
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Recomendación general núm. 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 en: <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2017/11405.pdf>>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Argentina, [Ginebra]: OMS. <Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>>
- Organización Mundial de la Salud y 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 en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf>
- Organización Mundial de la Salud; Salud y Bienestar Social del Canadá y Asociación Canadiense de Salud (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 en: <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 en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51672/ReunionSaludSexual2000_spa.pdf>
- Pardo, Teo (2018). Las identidades trans como espejo de las normas de género. *Eines*, 32, 26-35. <Disponible en: https://irla.cat/wp-content/uploads/2018/10/Eines32_connexions_Pardo.pdf>

- Parker, Richard y 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, y Martínez Ríos, Beatriz (2009). *Maternidad y discapacidad*. Madrid: Cinca. <Disponible en: http://sid.usal.es/idocs/F8/FD021028/maternidad_discap.pdf>
- Pichardo Galán, José Ignacio; De Stefano Barbero, Matías, y 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 en: <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 en: http://www.feministas.org/IMG/pdf/metaforas_y_pedagogias_sobre_interseccionalidad_platero_quaderns_de_psicologia_2014.pdf>
- Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y la seguridad de sus prestaciones (2012). *Boletín Oficial del Estado*, 98, de 24 de abril de 2012. <Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>>
- Resolución 1069/2015 del Parlamento de Cataluña, de 19 de junio, sobre el sistema público de salud (2015). *Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya*, 610, de 25 de junio de 2015. <Disponible en: <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 en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avferm/article/view/37548>>
- Rich, Adrienne (1985). *Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana*. *Nosotras* 3, 4-36. <Disponible en: 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 en: <http://www.clacaidigital.info:8080/handle/123456789/989>>
- Rubin, Gayle (1989). Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En: *Placer y peligro: explorando la sexualidad femenina*, p. 113-190. Madrid: Revolución. <Disponible en: 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). *Materiales de educación sexual*. <Disponible en: http://www.rosasanchis.cat/sexualitat/sanchis_senabre/baubo_07_materials_sexualitat.pdf>

- Sanchis Caudet, Rosa Maria y Senabre Carbonell, Enric (2005). Educar la sexualidad: educar para la igualdad. *Guixdos*, 111, 3-15. <Disponible en: http://www.rosasanchis.cat/sexualitat/sanchis_senabre/baubo_05_sexualitat_igualtat.pdf>
- Santa Marica, La (2018). Hasta luego, Maricarmen. *Pikara Magazine*. <Disponible en: <https://www.pikaramagazine.com/2018/02/hasta-luego-maricarmen>>
- Sharma, Aditi y Davies, Laura (2016). *An advocacy brief for community-led organisations. Advancing combination HIV prevention, 2016*. [s.l.]: International HIV/AIDS Alliance: UNAIDS. <Disponible en: https://hivpreventioncoalition.unaids.org/wp-content/uploads/2018/01/web_AllianceUnaid_Comb_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). Las otras infecciones de transmisión sexual. Barcelona: Stop Sida. <Disponible en: https://stopsida.org/wp-content/uploads/2018/10/its_esp.pdf>
- Subirats Martori, Marina y Tomé, Amparo (2007). *Balones fuera: Reconstruir los espacios desde la coeducación*. Barcelona: Octaedro.
- Tronto, Joan (2006). Vicious circles of privatized caring. En: Maurice Hamington y 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 en: 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 en: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=2290888>>

Créditos

Edición:

Ayuntamiento de Barcelona

Área de Derechos Sociales, Justicia Global,
Feminismos y LGTBI

Coordinación y dirección:

Departamento de Salud,
Ayuntamiento de Barcelona

Agencia de Salud Pública
de Barcelona

Plan de barrios del Raval sur y Gótico sur

Dirección de Servicios a las Personas
y al Territorio de Ciutat Vella

Autoría:

Este documento es posible gracias al trabajo colaborativo de todas las personas que forman los equipos de Creación Positiva y 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

Hacemos llegar nuestro agradecimiento a todas las demás personas que forman parte de los equipos de Creación Positiva y SIDA STUDI y que han aportado tiempo y ánimos a fin de que nosotras pudiéramos dedicarnos a elaborar esta guía.

Asesoría/promoción:

Anna Morancho Retana,
Dirección de Servicios a las Personas
y al Territorio de Ciutat Vella, Ayuntamiento
de Barcelona

Elisa Vela Pitarch,
Plan de barrios del Raval sur y el Gótico sur,
Ayuntamiento de Barcelona

Núria Espriu Tercero,
Departamento de Salud, Ayuntamiento
de Barcelona.

Olga Juárez Martínez,
Agencia de Salud Pública de Barcelona

Pilar Solanes Salse,
Departamento de Salud, Ayuntamiento
de Barcelona

Sílvia Martín Valle,
Agencia de Salud Pública de Barcelona

Colaboración y revisión:

Equipo técnico de “Impulsamos la
Interculturalidad” del Programa BCN
Interculturalidad, Ayuntamiento de Barcelona

Clara Santamaria Jordana,
Instituto Municipal de Personas con
Discapacidad, Ayuntamiento de Barcelona

Carles Gil Miquel y Teresa Juanmartí Palacín,
Departamento de Promoción de la Infancia,
Ayuntamiento de Barcelona

Antonio Fernández Lozano,
Consejo Asesor de las Personas Mayores,
Ayuntamiento de Barcelona

Enrique Cano Gil y Carme Pollina Tarrés,
Departamento de Promoción de las Personas
Mayores, Ayuntamiento de Barcelona

Eva Alfama Guillén,
Cuarta Tenencia de Alcaldía de Derechos
Sociales, Justicia Global, Feminismos y
LGTBI, Ayuntamiento de Barcelona

Alícia Aguilera y Roser Latorre,
Departamento de Juventud,
Ayuntamiento de Barcelona

**Agradecimiento al grupo motor
que ha impulsado el diseño del modelo
de formación en Ciutat Vella:**

Anna Morancho Retana,
Dirección de Servicios a las Personas
y al Territorio de Ciutat Vella, Ayuntamiento
de Barcelona

Clara Martínez Hernández,
SIDA STUDI

Cristina Martínez Bueno,
Equipos de Atención a la Salud Sexual
y Reproductiva - ASSIR

David Paricio Salas,
SIDA STUDI

Elisa Vela Pitarch,
Plan de barrios del Raval sur y el Gótico sur,
Ayuntamiento de Barcelona

Esther Sánchez Ledesma,
Agencia de Salud Pública de Barcelona

M. Luisa García Barrocal,
Creación Positiva

Montse Pineda Lorenzo,
Creación Positiva

Núria Calzada Lombana,
Agencia de Salud Pública de Barcelona

Núria Espriu Tercero,
Departamento de Salud, Ayuntamiento
de Barcelona

Olga Juárez Martínez,
Agencia de Salud Pública de Barcelona

Oriol Adserol Planet,
Dirección de Servicios a las Personas
y al Territorio de Ciutat Vella, Ayuntamiento
de Barcelona

Pilar Solanes Salse,
Departamento de Salud, Ayuntamiento
de Barcelona

Sílvia Martín Valle,
Agencia de Salud Pública de Barcelona

Yuri Espinoza Pérez,
Departamento de Salud, Ayuntamiento
de Barcelona

