

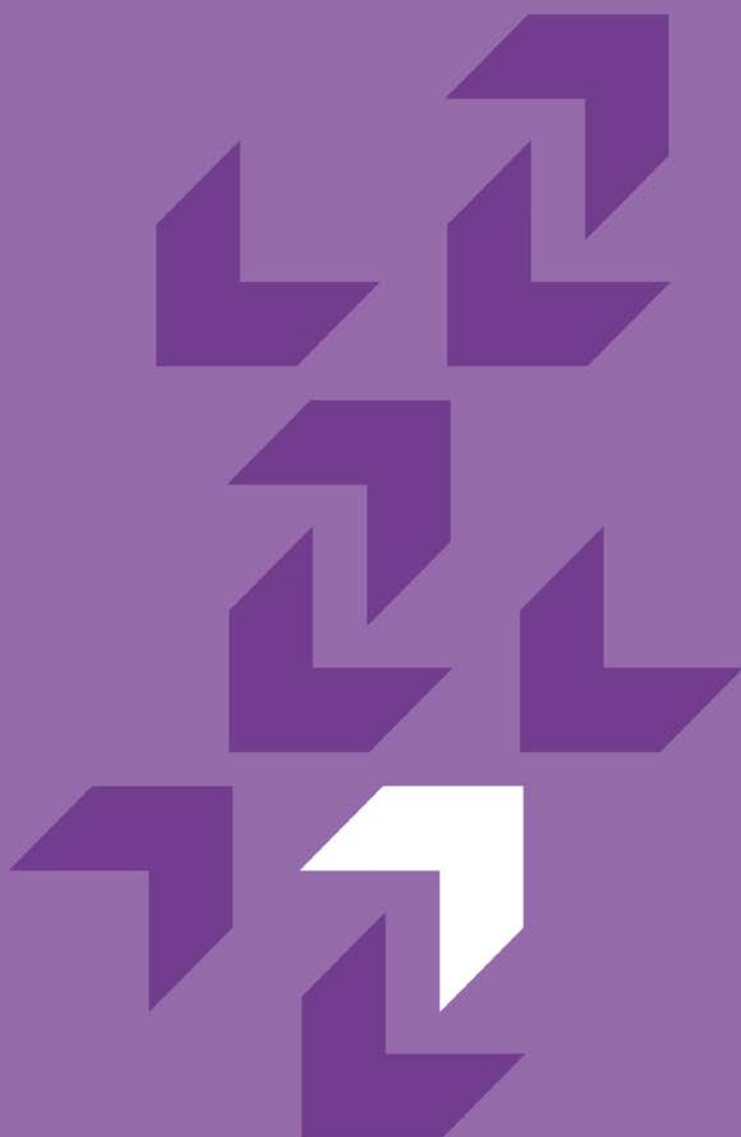
Què és la salut sexual i reproductiva i com afecta en l'àmbit de la joventut?

ivàlua ✓

Institut Català d'Avaluació
de Polítiques Públiques



Generalitat
de Catalunya
**Departament
de Drets Socials
i Inclusió**





Què és la salut sexual i reproductiva i com afecta en l'àmbit de la joventut?

Informe definitiu:
Abril 2025

Àmbit temàtic:
Salut Sexual i Reproductiva

Projecte conjunt de:
Agència Catalana de la Joventut - Departament de Drets Socials i Inclusió - Generalitat de Catalunya
Ivàlua - Institut Català d'Avaluació de Polítiques Públiques

Projecte amb la col·laboració de:
Institut Català de les Dones
Departament d'Igualtat i Feminisme

Projecte finançat per:
Agència Catalana de la Joventut amb càrrec als crèdits rebuts del Ministerio de Igualdad - Secretaría de Estado de Igualdad y Contra la Violencia de Género

Coordinació:
Observatori Català de la Joventut
Ivàlua - Institut Català d'Avaluació de Polítiques Públiques

Síntesi realitzada per:
Sonia Barriuso Ortega (Universidad de Burgos)



Projecte de recopilació, anàlisi i transferència d'evidència per a millorar les polítiques públiques destinades a afavorir la igualtat de gènere entre les persones joves.

Un projecte conjunt de:



Amb la col·laboració de:



Amb el finançament de:



Activitat finançada amb càrrec als crèdits rebuts del Ministerio de Igualdad (Secretaría de Estado de Igualdad y contra la Violencia de Género)



Índex

1. Motivació.....	2
2. Preguntes que guien l'anàlisi	4
3. Revisió de la literatura	5
3.1. Què és la salut sexual i reproductiva?	5
3.1.1. Evolució del concepte de salut sexual i reproductiva	5
3.1.2. El concepte de sexualitats des d'una perspectiva integral i holística.....	6
3.2. Com es relaciona la salut sexual i reproductiva amb l'adolescència i la joventut?	10
3.2.1. Definició de la joventut	10
3.2.2. La SSR en l'adolescència i la joventut.....	11
3.3. Quins són els eixos de desigualtat que influeixen en la salut sexual i reproductiva en la joventut aplicant una perspectiva interseccional?	13
3.3.1. Desigualtats estructurals que afecten la salut sexual i reproductiva	13
3.3.2. Efectes de les violències masclistes sobre la salut sexual i reproductiva	17
3.4. Qui són els principals agents que influeixen en la salut sexual i reproductiva de les persones adolescents i joves?.....	20
3.4.1. La família	21
3.4.2. L'escola	22
3.4.3. Les institucions sanitàries.....	24
3.4.4. La comunitat.....	26
3.4.5. Comunitat digital.....	27
3.5. Quins elements influeixen en la salut sexual i reproductiva de les persones joves?	29
3.5.1. Cos.....	29
3.5.2. Sexualitats	32
3.5.3. Salut	34
3.5.3.1. Infeccions de transmissió sexual	34
3.5.3.1. Ús d'anticonceptius	36
3.5.3.2. Salut i drets reproductius	37
3.5.3.3. Malalties i salut sexual.....	46
4. Resum	48
5. Implicacions per a la pràctica	50
6. Referències bibliogràfiques.....	53

Què és la salut sexual i reproductiva i com afecta en l'àmbit de la joventut?

Sonia Barriuso Ortega

Doctora en Educació per la Universitat de Burgos. És infermera, professora de formació professional en Sanitat i professora associada de la Universidad de Burgos. Les seves principals àrees de recerca són l'educació sexual, l'adolescència i l'avaluació de programes.

L'objectiu d'aquest document és definir la salut sexual i reproductiva en l'àmbit de la joventut d'una forma sintètica i funcional, i que serveixi com a punt de partida per a altres recerques. Per aconseguir-ho, la salut sexual i reproductiva s'aborda des d'un enfocament de drets, és a dir, es tracta d'un dret humà que totes les persones posseïm. Així mateix, s'aplica una perspectiva de gènere i interseccional per a l'anàlisi dels estudis inclosos. En aquest sentit, s'analitzen tant els agents que intervenen en la salut sexual i reproductiva com els diversos elements que la conformen. Els elements es detallen tenint en compte el cicle vital de les persones joves i els seus diferents contextos i identitats, i també considerant que la fi última de la salut sexual és la consecució del benestar físic, mental, emocional i social en relació amb les sexualitats; per això, s'agruparan en el coneixement del propi cos, el desenvolupament de les sexualitats i la salut. Actualment, s'ha avançat en certs aspectes, però continuen existint desigualtats que han de conèixer-se i superar-se. Les recerques en aquest àmbit i l'aplicació de polítiques públiques són punts bàsics per promoció adequadament la salut sexual i reproductiva entre les persones joves.

1. Motivació

Aquest document té com a objectiu conceptualitzar la salut sexual i reproductiva a través de l'exploració de les problemàtiques específiques de les persones adolescents i joves en aquest àmbit. La recerca es proposa analitzar la qüestió mitjançant la recopilació de dades estadístiques, documentació i literatura per, així, establir els fonaments del disseny de polítiques i d'intervencions de promoció de la salut sexual i reproductiva, i hi incorpora una perspectiva interseccional i de gènere. Forma part del cicle Salut Sexual i Reproductiva del projecte «Què funciona en polítiques de gènere i joventut», el qual busca generar i sintetitzar evidències sobre polítiques i mecanismes eficaços per tal de fomentar la igualtat de gènere en el col·lectiu de les persones joves. Amb aquesta publicació s'inicia el segon cicle del projecte, que segueix al primer, dedicat a abordar les violències masclistes en el jovent.

Tradicionalment, la salut sexual i reproductiva (SSR) s'ha definit i analitzat des del vessant mèdic, deixant de costat altres dimensions importants com el benestar o el plaer. Això no obstant, en les últimes dècades s'ha defensat l'ús d'un enfocament més integral, que reconeix la sexualitat com una construcció social diversa pel que fa a les seves funcions, tipus de pràctiques i orientacions sexuals. I aquesta transició ha anat acompanyada de la reivindicació i del reconeixement de drets sexuals i reproductius.

El nou model defensa que la sexualitat és present durant tot el cicle de la vida. Tanmateix, quan s'analitza la pràctica dels drets sexuals i reproductius, s'evidencia que les persones adolescents i joves troben barreres específiques en l'exercici d'aquests drets: es constata que a Catalunya, així com en altres contextos, hi ha obstacles com la falta d'accés a la informació o l'estigmatització de les pràctiques i els discursos de la joventut relacionats amb la salut sexual i reproductiva. A més a més, quan s'aplica la perspectiva interseccional, s'adverteix una discriminació més acusada en les persones que són travessades per diferents eixos de desigualtat (gènere, diversitat funcional, diversitat d'origen, religió, etc.).

Per abordar aquestes qüestions, s'ha enfortit el marc legal i s'han impulsat algunes iniciatives des de les administracions públiques i el tercer sector. Malgrat això, moltes necessitats continuen sense ser ateses, i aquest document pretén assenyalar-les per motivar i orientar futures intervencions.

A continuació, s'exposa el principal marc normatiu analitzat en el document:

- La Llei orgànica 1/2023, de 28 de febrer, per la qual es modifica la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs, suposa avenços en matèria de salut sexual i reproductiva. Així i tot, com es veurà al llarg d'aquest informe, encara hi ha estigmes a superar i diverses desigualtats.
- En l'Estat espanyol, d'acord amb la Llei 2/2010, es va elaborar l'Estratègia Nacional de Salut Sexual i Reproductiva (ENSSR) el 2010, coordinada per la Direcció General de Salut Pública i liderada per l'Observatori de Salut de les Dones (Ministeri de Sanitat, 2011). Aquesta

estratègia té aspectes positius per a la joventut i l'adolescència, ja que posa especial èmfasi a garantir-ne els drets sexuals i reproductius, i va més enllà d'assegurar l'absència de malaltia. No obstant això, la seva repercussió ha estat reduïda per la falta d'implementació de moltes de les seves propostes i la desactualització de certs aspectes d'acord amb els canvis legislatius i socials.

- A Catalunya, el Departament de Salut de la Generalitat inclou accions prioritàries per garantir els drets en salut sexual i reproductiva en el Pla de salut 2021-2025, i ha creat el Pla de salut afectiva, sexual i reproductiva amb onze línies de treball prioritzades, tenint en compte les diferents necessitats al llarg de la vida, la diversitat, les situacions de vulnerabilitat i els col·lectius de població adolescent jove i la gent gran. Així mateix, el 2021, el Govern de la Generalitat va aprovar l'Estratègia Nacional de Drets Sexuals i Reproductius, liderada pel Departament d'Igualtat i Feminismes, i en la qual també participen el Departament d'Educació, el Departament de Salut i el Departament d'Acció Climàtica, amb l'objectiu de garantir i protegir el compliment dels drets sexuals per a totes les persones.
- En l'àmbit de la joventut a Catalunya, el Departament d'Educació impulsa el Programa *Coeduca't*, que sorgeix amb el propòsit d'oferir recursos per incorporar transversalment l'educació sexual. En aquest punt, és important esmentar que, en l'àmbit de l'educació obligatòria a Catalunya, s'ha aprovat el Decret 175/2022, de 27 de setembre, d'ordenació dels ensenyaments de l'educació bàsica, el qual inclou l'educació sexual en el currículum educatiu.

Pel que fa a l'estructura del document, a la secció 2 es plantegen les preguntes guia per a l'anàlisi, mentre que en la secció 3 s'aborden aquestes qüestions mitjançant els resultats obtinguts de la revisió de la literatura. Aquesta part comprèn la definició de salut sexual i reproductiva (3.1), l'explicació de la relació entre la SSR i la joventut (3.2), la identificació dels eixos de desigualtat que incideixen en aquesta relació (3.3), i també la descripció dels principals agents (3.4) i dels elements (3.5) que influeixen en la SSR de les persones joves. Finalment, les seccions 4 i 5 resumeixen els resultats de la recerca i n'exposen les implicacions pràctiques, respectivament.



2. Preguntes que guien l'anàlisi

Mitjançant la revisió bibliogràfica i d'evidències sobre la salut sexual i reproductiva (SSR), es pretén respondre a les qüestions següents:

- Què és la salut sexual i reproductiva?
- Com es relaciona la SSR amb l'adolescència i la joventut?
- Quins són els eixos de desigualtat que influeixen en la SSR en l'adolescència i la joventut tot aplicant una perspectiva interseccional?
- Qui són els principals agents que influeixen en la SSR de les persones adolescents i joves?
- Quins elements influeixen en la SSR de les persones adolescents i joves?

3. Revisió de la literatura

S'ha dut a terme una revisió bibliogràfica per respondre, a través de l'anàlisi d'estudis quantitatius i qualitius, a les preguntes de la recerca relacionades amb els diferents aspectes de la salut sexual i reproductiva en la joventut. Així mateix, s'han considerat publicacions, recursos web, notícies periodístiques i guies teòriques i analítiques sobre la qüestió. La cerca s'ha fet en llibres de referència que tracten el tema i en diverses bases de dades, com ara *Web of Science*, *Scopus*, *ScienceDirect*, *Dialnet*, *Google Acadèmic* i *ERIC*. Per contribuir a posar les dades en context, la informació es relaciona amb el marc normatiu vigent a Espanya i Catalunya, el qual es referencia al llarg del document.

3.1. Què és la salut sexual i reproductiva?

3.1.1. Evolució del concepte de salut sexual i reproductiva

El concepte de salut sexual ha anat evolucionant amb el temps, igual que la seva relació amb la salut reproductiva. Va ser definida per primera vegada per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) en un informe tècnic: «La salut sexual és la integració dels elements somàtics, emocionals, intel·lectuals i socials del ser sexual per mitjans que siguin positivament enriquidors i que potenciïn la personalitat, la comunicació i l'amor» (OMS, 1975).

Temps després, l'any 1994, la Conferència Internacional sobre la Població i el Desenvolupament (CIPD), celebrada a la ciutat del Caire, va incloure la salut sexual en la definició de salut reproductiva. S'hi va establir que el seu objectiu és «el desenvolupament de la vida i de les relacions personals, i no merament l'assessorament i l'atenció en matèria de reproducció i malalties de transmissió sexual» (United Nations Population Fund, 1995). En conseqüència, es va afirmar el concepte de salut sexual i reproductiva com un dret de totes les persones, incloent-hi el jovent. Això va suposar un punt de partida per a la comprensió de les sexualitats i l'impacte dels diferents elements de la salut sexual i reproductiva, i aquesta nova comprensió va contribuir a la conscienciació sobre l'estigma, la discriminació i la importància d'una educació sexual integral. D'aquesta manera, es comencen a abandonar les concepcions reduccionistes que defensaven la sexualitat com a mitjà per a la reproducció, i es ressalta la importància de l'empoderament femení. Així mateix, a partir del CIPD, diversos països han desenvolupat estratègies i polítiques sobre salut sexual dirigides a l'adolescència i la joventut. Per exemple, un any més tard va tenir lloc a Pequín la IV Conferència Mundial de la Dona de Nacions Unides, on es va enunciar el següent: «Els drets humans de les dones inclouen el seu dret a exercir el control sobre el seu cos i decidir lliurement i responsablement quant als temes relacionats amb la seva sexualitat, incloent-hi la salut sexual i reproductiva, sense coacció, discriminació ni violència» (Nacions Unides, 1995).

Finalment, l'any 2010, l'OMS va enunciar el concepte següent:

«La salut sexual és un estat de benestar físic, mental i social en relació amb la sexualitat, i no solament l'absència de malaltia, disfunció o malestar. La salut sexual requereix un enfocament positiu i respectuós de la sexualitat i de les relacions sexuals, així com la possibilitat de tenir experiències sexuals plaents i segures, lliures de tota coacció, discriminació i violència. Perquè totes les persones aconseguixin i mantinguin una bona salut sexual, s'han de respectar, protegir i satisfer els seus drets sexuals».

3.1.2. El concepte de sexualitats des d'una perspectiva integral i holística

La conceptualització de la salut sexual i reproductiva ha anat evolucionant al llarg dels anys, i fruit d'aquesta transformació han sorgit diferents definicions. Com ja s'ha explicat, les definicions més recents van més enllà del vessant patològic. A continuació, s'explicarà amb més detall què implica entendre la salut sexual i reproductiva des d'un enfocament integral. Per fer-ho, cal que l'aproximació al concepte de sexualitats sigui des d'una perspectiva holística. Segons l'OMS (2018, p.3):

«La sexualitat és un aspecte central de l'ésser humà que és present al llarg de la seva vida. Abasta el sexe, les identitats i els rols de gènere, l'orientació sexual, l'erotisme, el plaer, la intimitat i la reproducció. Se sent i s'expressa a través de pensaments, fantasies, desitjos, creences, actituds, valors, comportaments, pràctiques, rols i relacions. Si bé la sexualitat pot incloure totes aquestes dimensions, no totes elles s'experimenten o s'expressen sempre. La sexualitat està influïda per la interacció de factors biològics, psicològics, socials, econòmics, polítics, culturals, ètics, legals, històrics, religiosos i espirituals».

L'entesa de totes les sexualitats des d'aquesta perspectiva respon a reivindicacions impulsades des del feminisme interseccional. Per exemple, a la dècada dels vuitanta, la icona feminista Audre Lorde va definir allò que és eròtic com un poder profund que es troba dins del pla espiritual de cada dona i un agent d'alegria i plenitud (Lorde, 1984). Tanmateix, les seves teories van ser vistes com una amenaça per a l'ordre patriarcal blanc, atès que animaven l'empoderament de les dones a través de l'erotisme, ja que el concebien com una font de felicitat i una necessitat.

A continuació, es presenten quatre contribucions clau de la perspectiva integral i holística en la conceptualització de la sexualitat: en primer lloc, la perspectiva de Lorde comporta dues precisions conceptuals sobre el terme sexualitat, les quals impliquen el distanciament d'algunes conceptualitzacions més tradicionals. D'una banda, **és important diferenciar la sexualitat del sexe**, donat que aquest últim es refereix únicament a les característiques biològiques que defineixen als éssers humans i sol referir-se a l'activitat sexual (OMS, 2018). D'altra banda, s'usa prioritàriament el terme **sexualitats**, en plural, per visibilitzar totes les possibilitats que tenen les persones d'experimentar la seva pròpia sexualitat, al marge de la influència del model hegemònic (Creació Positiva i SIDA STUDI, 2020).

En segon lloc, la literatura revisada identifica un conjunt d'**aspectes clau en la comprensió de les sexualitats des d'un enfocament integral i holístic**:

- **Perspectiva de cicle de vida:** Som éssers sexuats des que naixem (López, 2005; Lameiras et al., 2004; Gómez-Zapiain et al., 2000).
- **Llibertat sexual:** Cada persona pot decidir com viure la seva pròpia sexualitat (López, 2005).
- **Plaer i benestar:** La sexualitat és una via per a la consecució de la satisfacció i el plaer, l'autorealització, la comunicació interpersonal i l'afectivitat (Lameiras et al., 2004).
- **Multidimensionalitat:** La sexualitat integra múltiples dimensions, i per això serà abordada des de diferents disciplines (Gómez-Zapiain, 2013). Fausto-Sterling (2006) estableix un paral·lelisme amb les conegudes nines russes per visualitzar millor les capes de la sexualitat humana, des de la cel·lular fins a la social i històrica. I aquest marc determina que la cultura, la història, les relacions, la *psique*, l'organisme i la cèl·lula són els elements clau per estudiar la sexualitat i el gènere. Només el conjunt de nines té sentit i canviarà de forma amb el temps; no obstant això, cada una de les nines pot ser estudiada, individualment, amb detall per una disciplina, d'aquí ve que l'autora assenyali la necessitat del treball en equips multidisciplinaris.
- **Diversitat:** La salut sexual s'expressa a través de les diversitats sexuals, funcionals, generacionals i culturals, entre d'altres (OMS, 2010; Creació Positiva i SIDA STUDI, 2020). Les desigualtats socials i estructurals incideixen en la salut en general, i en la salut sexual en particular.

Aquest últim aspecte connecta amb un altre dels grans pilars de l'enfocament integral i holístic, que és la postura que **la sexualitat és una construcció social**. Quan els condicionaments socials varien, es modifiquen les percepcions i les idees sobre aquesta construcció. D'aquesta manera, les sexualitats es construeixen de manera distinta segons les diverses societats. Les diferents realitats culturals i ètniques que conviuen i interactuen entre elles resulten en models i vivències associades a la sexualitat divergents i, per tant, concepcions diverses sobre el cos, el plaer, les conductes i les relacions afectives (Castello Starkoff, 2009). Tanmateix, encara que existeixen patrons de creences, actituds i conductes associades a la sexualitat que podrien relacionar-se més amb uns certs grups socials, no es pot atribuir aquests patrons a tota la comunitat. Les cultures són canviants i heterogènies, i això afectarà els diferents models de sexualitats (Nevado-Llopis, 2014). Per aquest motiu, l'educació de les sexualitats ha de basar-se en la interculturalitat, ja que permet establir diàlegs entre dues o més expressions culturals i aconseguir un intercanvi exempt de jerarquies. Per això és necessari centrar-nos en el context de l'adolescència i la joventut de cada persona, conèixer les seves històries de vida i acompanyar-les en el procés de construcció del seu futur.

Finalment, l'enfocament holístic destaca la necessitat de reconèixer i respectar **els drets sexuals** per assegurar el desenvolupament de les sexualitats. La salut sexual és el resultat d'un context en què es compleixin els drets sexuals.

Com ja s'ha esmentat anteriorment, l'evolució del concepte de salut sexual i dels drets sexuals és el resultat de la lluita de diferents moviments socials, com, per exemple, els col·lectius feministes i LGTBI. Així mateix, diverses organitzacions, com la Federació Internacional de Planificació Familiar (IPPF) i l'Associació Mundial per a la Salut Sexual (WAS; anteriorment Associació Mundial de la Sexologia), han participat en la conceptualització dels drets sexuals. En altres paraules: els drets sexuals estan extremadament lligats al context social i polític en què es desenvolupen, i això implica que estiguin en constant revisió.

La primera Declaració dels Drets Sexuals va tenir lloc en el XIII Congrés Mundial de Sexologia, el 29 de juny de 1997, a València. Aquesta Declaració va ser revisada per la WAS en el 14è Congrés Mundial de Sexologia, celebrat a Hong Kong l'any 1999 (Organització Panamericana de la Salut - OPS, 2009) i reconeix els drets següents:

1. **Dret a la llibertat sexual.** La llibertat sexual implica l'expressió de les sexualitats dels individus. Exclou la coerció, l'explotació i els abusos sexuals.
2. **Dret a l'autonomia, la integritat i la seguretat sexual del cos.** Totes les persones tenen dret a prendre decisions sobre la seva vida sexual. Inclou el plaer i el control dels cossos, lliures de violència.
3. **Dret a la privacitat sexual.** Implica el dret a les decisions i conductes individuals en l'àmbit de la intimitat, sempre que no interfereixin en els drets sexuals d'altres persones.
4. **Dret a l'equitat sexual.** Indica l'oposició a qualsevol forma de discriminació per raó de sexe, gènere, edat, raça, classe social, religió, orientació sexual o diversitat funcional.
5. **Dret al plaer sexual.** Aquest inclou l'autoerotisme, i és una font de benestar físic, psicològic, espiritual i intel·lectual.
6. **Dret a l'expressió sexual emocional.** L'expressió de les sexualitats no es duu a terme únicament en les relacions sexuals. Totes les persones poden expressar les seves sexualitats a través de la comunicació, les emocions i l'amor.
7. **Dret a la lliure associació sexual.** Fa referència a la possibilitat de contreure o no matrimoni, de divorciar-se i d'establir altres associacions sexuals.
8. **Dret a la presa de decisions reproductives, lliures i responsables.** Involucra el dret a tenir o no filles i fills, el dret a l'avortament i l'accés als mètodes de regulació de la fecunditat. També implica la lliure presa de decisions en l'embaràs, el part i la lactància.
9. **Dret a la informació basada en el coneixement científic.** La informació ha de basar-se en l'evidència científica i ha de ser difosa de manera apropiada en totes les classes socials.

10. Dret a l'educació sexual integral. Ha d'impartir-se durant tota la vida i involucra a totes les institucions.

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

Destaca també la Carta de Drets Sexuals i Reproductius realitzada per la IPPF (2008), en la qual s'estableixen deu drets sexuals i reproductius. Totes dues declaracions, aquesta i l'anterior, són eines per a l'anàlisi i la vigilància del compliment dels drets. Això no obstant, malgrat els avenços que han suposat les cimeres abans descrites i les cartes de drets de les organitzacions internacionals, cal ressaltar que no són jurídicament vinculants. D'altra banda, s'ha criticat el fet que els enfocaments d'aquestes cimeres han estat esbiaixats i no incorporen totes les reclamacions de les organitzacions feministes, sent la pressió dels grups conservadors una de les principals barreres (González i Pajares, 2012).

Per valorar el grau de reconeixement d'aquests drets a Catalunya, l'any 2018, l'Observatori de Drets Sexuals i Reproductius va elaborar una aproximació diagnòstica de l'accés i l'exercici dels Drets Sexuals i Reproductius de les dones i les persones trans* migrants. La diversitat de col·lectius entrevistats va evidenciar l'existència de diferents conceptualitzacions dels drets sexuals i reproductius, encara que la majoria de les persones enquestades estaven molt sensibilitzades sobre el tema. Ara bé, també es va posar de manifest que hi ha persones que no solen abordar aquests temes en el seu entorn o que donen un significat parcial a la sexualitat, relacionant-la exclusivament amb la funció reproductiva. Per tant, es detecta que hi ha dones, de diversos col·lectius, que desconeixen aquests drets (Observatori de Drets Sexuals i Reproductius, 2018).

Per concloure, en la Taula 1 es resumeixen els elements que caracteritzen al model holístic de sexualitat i es contraposen amb la visió tradicional de la sexualitat: el model hegemònic.

Taula 1. Comparació del model hegemònic de sexualitat amb el model holístic.

Model	Model hegemònic de sexualitat	Model holístic
PARADIGMA	Biologista i reduccionista.	Construccionista.
FUNCIÓ	L'única funció és la reproducció.	Diverses funcions: plaer, comunicació, afecte, identitats...
ENFOCAMENT	És coitocentrista i heterocentrista, genitalista i fal·locèntric. Estigmatitza les pràctiques no normatives.	Amplia el ventall de pràctiques sexuals i evita les jerarquies.
ABORDATGE DE LA DIVERSITAT	Binarisme sexual i de gènere. Reprodueix estereotips racistes. Capacitista.	Existeix una gran diversitat d'identitats i d'expressions de gènere, així com de pràctiques i d'orientacions.
CICLE DE VIDA	Adultocèntric: determina que la sexualitat no existeix en la infància ni en la vellesa.	Som éssers sexuals des que naixem.
DRETS	Sexista i patriarcal: la dona no té dret a la sexualitat. Les dones busquen afecte i satisfer el plaer dels homes.	La sexualitat és un dret de totes les persones.
PERFIL DE LA POBLACIÓ	Genera rebuig cap a les persones que no encaixen en el model.	És integrador.
REFERENTS	Pren com a referents les persones cis, heterosexuales, occidentals, blanques i amb cossos adaptats a l'estàndard de bellesa.	No hi ha referents majoritaris. Les sexualitats són diverses.

Font: Elaboració pròpia a partir de Lameiras i Carrera (2009), i Creació Positiva i SIDA STUDI (2020).

3.2. Com es relaciona la salut sexual i reproductiva amb l'adolescència i la joventut?

En la secció anterior ja s'ha explicat que les vivències de les sexualitats són diverses. Encara que les persones joves poden compartir unes certes experiències, necessitats i desitjos específics entorn de les sexualitats, la joventut no és un col·lectiu homogeni, atès que també el travessen les desigualtats estructurals i socials. A continuació, s'estudiarà la relació entre la salut sexual i reproductiva i l'adolescència i la joventut, considerant la seva diversitat

3.2.1. Definició de la joventut

En la literatura no hi ha un consens absolut sobre els límits cronològics de l'adolescència i la joventut; en unes teories s'assumeixen com a sinònims i en unes altres no. La Llei 33/2010, d'1 d'octubre, de polítiques de joventut de Catalunya, estableix que les persones joves tenen edats compreses entre els 16 i els 29 anys, malgrat que en determinades polítiques aquest rang d'edat es pot ampliar per adaptar-se a la realitat social o a uns objectius específics. És per això que en aquesta revisió s'han inclòs estudis dirigits a l'adolescència, ja que és una etapa de profunds canvis biològics, psicològics i socials. L'OMS defineix l'adolescència com el període comprès entre els 10 i els 19 anys, encara que hem de tenir present que ens trobem en un context social canviant i que no ens podem cenyir a esquemes rígids quan delimitem cronològicament la població jove i adolescent. Tot i que hi ha diferents classificacions de les etapes de l'adolescència, aquestes acostumen a estar més relacionades amb fites de desenvolupament que amb edats concretes. Tanmateix, el fet

d'assignar unes edats a determinades conductes i responsabilitats normalment està influït per condicions socials (Duarte, 2000).

De la mateixa manera, encara que parlem de la joventut com a grup, hem de considerar que cada persona experimentarà aquests canvis d'una manera diferent, influenciada, com és lògic, per factors individuals i contextuals. Duarte (2000) afirma que els diferents discursos entorn de la joventut es basen en una mirada adultocentrista, que situa a les persones adultes com a referents del món juvenil i els imaginaris que se'ls associen. I una de les conseqüències d'això és homogeneïtzar la joventut i aplicar-li un caràcter universal. En aquest sentit, cal reconèixer l'heterogeneïtat, la diversitat i la pluralitat per abordar les joventuts des d'una nova mirada, i entendre que les joventuts són grups socials diferenciats, amb particularitats en cada societat, amb diferents rostres, somnis, veus i esperances. Per aquest motiu és necessari distingir diferents grups d'edat en l'aproximació a les persones joves. A tal efecte, l'edat o les etapes associades dins del període juvenil s'empren com a referent de categorització (Duarte, 2000), i en el present document distingim entre adolescència i joventut.

3.2.2. La SSR en l'adolescència i la joventut

Donat que som éssers sexuats des que naixem, l'adolescència no suposa el començament de la sexualitat, sinó la continuació del procés (Gómez-Zapiain, 2013). Sobre això, hem de recordar que el model holístic abans esmentat exposa que la sexualitat no se centra en una única pràctica sexual com és el coït, sinó que es pot expressar de múltiples maneres; de fet, en la infància ja comencen les primeres pràctiques sexuals, com l'exploració del propi cos i el tocament dels genitals, i en la societat catalana contemporània es considera que des de llavors ja existeix un procés d'aprenentatge sobre els vincles socioafectius i les sexualitats. No obstant això, és important estudiar la salut sexual i reproductiva en l'adolescència, ja que inclou els canvis de la pubertat i la necessitat d'establir una identitat pròpia. En aquest moment, solen iniciar-se les relacions amoroses i les relacions sexuals coïtals, i s'experimenten ràpids canvis corporals, en un context en què els cànons de bellesa dominants, la família i les amistats pressionen i poden amenaçar la salut corporal i psíquica de les persones adolescents (López, 2005).

Els diferents elements de la salut sexual i reproductiva, que es desenvoluparan més endavant en el text, estaran presents en totes les persones joves: els canvis en el propi cos, les sexualitats i el plaer, i el manteniment de la salut. Després de l'adolescència, cada persona es plantejarà diferents qüestions, com ara la construcció d'una família, la inserció laboral, etc. La vivència de cada sexualitat estarà influïda per les experiències viscudes en la infància i l'adolescència, per la qual cosa es tracta d'una etapa tardana per fer intervencions d'educació sexual (López, 2005).

Si bé la sexualitat pren especial rellevància les persones adolescents i la joventut, els estudis apunten que existeixen diversos **obstacles en la garantia dels seus drets sexuals i reproductius**. Entre ells, destaca la **manca d'informació**. Un estudi qualitatiu (Adams i Williams, 2011) analitza allò que una mostra de persones adolescents estatunidenques i mexicanes va declarar

desitjar haver sabut sobre les relacions amoroses i sexuals abans d'haver-les tingut. La major part de la mostra va destacar que van haver d'aprendre de la seva pròpia experiència, ja que la seva família i el professorat minimitzaven les seves experiències. A més a més, l'**obligació de ser major d'edat** per poder accedir a uns certs serveis relacionats amb la salut sexual i reproductiva sense el consentiment de la família també pot representar una dificultat per gaudir d'aquests drets. En aquest sentit, el Comitè de Bioètica de Catalunya va elaborar, el 2009, un document sobre la persona menor d'edat en l'àmbit de la salut i en diverses situacions. Segons aquest Comitè, tota persona que tingui més de 16 anys és considerada major d'edat per participar en les decisions sanitàries, la qual cosa implica que a partir d'aquesta edat ja no existeix l'obligació d'informar la família.

Per tot això, Catalunya disposa de diversos serveis i entitats que són espais de referència per a l'adolescència i la joventut, entre els quals destaquen, per exemple, SIDA STUDI, l'Associació pels Drets Sexuals i Reproductius o el Centre Jove d'Atenció a les Sexualitats (CJAS). En concret, la majoria de les noies que acudeixen al CJAS tenen entre 16 i 17 anys, i això és pel fet que, precisament en aquest període vital, el sistema sanitari posa barreres a l'accés als serveis sobre salut sexual, ja que a partir dels 15 anys han d'acudir a consultes no especialitzades de persones adultes. Això no obstant, a partir dels 22 anys l'assistència decau, donat que solen tenir menys dubtes o ja saben a quines consultes de persones adultes dirigir-se. D'altra banda, els nois solen acudir-hi a partir dels 23 anys, ja que la principal consulta sol ser per fer-se una prova d'ITS. En aquest sentit, també es pot argumentar que el model hegemònic de sexualitat no permet als nois mostrar-se vulnerables sobre la seva sexualitat ni plantejar-hi dubtes. És per aquest motiu que s'ha d'implicar els homes en la salut sexual i reproductiva (Baroja i Aldavert, 2019).

Per altra part, existeix una contínua **estigmatització de les pràctiques i dels discursos de la joventut**; es tendeix a considerar patològiques les seves conductes i a no reconèixer les seves aportacions, i moltes persones joves internalitzen aquests discursos. Des de sempre s'ha qualificat la joventut com l'etapa de la vida en la qual és habitual tenir conductes de risc i comportaments irresponsables. I d'aquí sorgeix un discurs permissiu, però alhora també un de repressiu. Això provoca que moltes de les intervencions sobre educació sexual dirigides als joves s'enfoquin en els riscos, malgrat que la literatura adverteix que la utilització de la por com a argument mai hauria de ser una estratègia educativa ni de salut pública. Per contra, es recomana que les persones professionals acompanyin el procés d'autoconeixement, de curiositat i d'autoexploració (Lozano et al., 2021). En aquest procés, és necessari trobar l'equilibri entre la protecció de les persones joves i el seu dret a decidir lliurement sobre la seva sexualitat (Creació positiva i SIDA STUDI, 2020).

A tall de conclusió, encara que la joventut i l'adolescència constitueixin grups de persones diverses, solen experimentar canvis físics, psicològics i socials específics que tenen implicacions en la salut sexual i reproductiva. Continuen existint, malgrat això, barreres importants en l'exercici dels seus drets sexuals.

3.3. Quins són els eixos de desigualtat que influeixen en la salut sexual i reproductiva en la joventut aplicant una perspectiva interseccional?

El concepte d'interseccionalitat es va desenvolupar a finals dels anys vuitanta a partir dels diferents moviments socials, especialment el feminisme negre, dels Estats Units. Una de les activistes, Kimberlé Crenshaw, va descriure l'any 1989 les relacions existents entre la raça i el gènere en el context de la violència contra les dones negres. Un aspecte important que assenyalava aquesta autora és que en els sistemes on convergeixen l'ètnia, l'origen cultural i religions, el gènere i la classe social, les estratègies d'intervenció es basaran exclusivament en les experiències de dones blanques de classe mitjana o alta, sent llavors insuficients per a les dones que es troben amb altres barreres. La perspectiva interseccional sosté que existeixen múltiples eixos de desigualtat a la societat, com ara el racisme, el sexisme o la LGTBI-fòbia, entre altres. Aquests eixos no actuen de manera independent, sinó que estan interrelacionats amb altres grups de discriminació i creen així una situació única. Això permet fer una anàlisi sociològica sobre la reproducció institucional de la desigualtat (Crenshaw, 2012; Expósito-Molina, 2012). Ara bé, en certes polítiques, la interseccionalitat es redueix, de forma equivocada, a un llistat d'eixos de desigualtat que varien segons el context; és a dir, s'emfatitza cadascun d'aquests eixos de manera aïllada. No es tracta només d'abordar les identitats de forma fragmentada, sinó de vincular-les amb les estructures d'opressió. A més a més, hi ha certa tendència a ometre o infravalorar l'ètnia, la qual cosa s'allunya de les propostes feministes afroamericanes (Brizuela, 2022).

En l'anàlisi següent s'examinaran els factors de desigualtat que podrien obstaculitzar la pràctica dels drets sexuals i afectar la salut sexual i reproductiva.

3.3.1. Desigualtats estructurals que afecten la salut sexual i reproductiva

Les desigualtats socials i estructurals impedeixen l'assoliment dels drets sexuals. És per aquesta raó que la salut sexual i reproductiva s'ha d'analitzar tenint en compte els contextos socials, de manera que es puguin fer canvis sobre els elements que generen aquestes desigualtats. Per tant, en l'anàlisi s'ha d'aplicar una perspectiva interseccional, la qual revela les desigualtats que són produïdes per les interaccions entre els sistemes de subordinació de gènere, diversitat sexual, ètnia, religió, diversitat cultural o diversitat funcional, entre altres eixos.

El **gènere** és un dels principals eixos de desigualtat, que, al seu torn estarà creuat per altres. De vegades, no es distingeix entre sexe, gènere i orientació sexual, perquè tots tres són manifestacions del comportament humà. Conceptualment, s'entenen quatre dimensions diferents: el sexe, la identitat de gènere, l'expressió de gènere i l'orientació sexual. Tanmateix, són construccions socials que s'organitzen en un model anomenat sistema sexe-gènere-orientació sexual o sistema sexe-gènere (De Quintana, 2021). El **sistema patriarcal** transforma la «sexualitat biològica» en una identitat social, i

a més fixa normes de comportament i càstigs socials per a qui no les compleix. Aquestes normes estableixen que només existeixen dos sexes (mascle i femella), sent dues categories excloents, i que els corresponen, respectivament, dos gèneres (home i dona). Així mateix, en aquest sistema es pressuposa l'atracció entre homes i dones, és a dir, l'heterosexualitat.

Per poder donar visibilitat a les desigualtats que aquest sistema genera, en primer lloc, s'ha de qüestionar el sexe biològic binari i ressaltar l'existència de la intersexualitat, que es dona en les persones que desenvolupen característiques dels dos sexes biològics.

En segon lloc, els mandats de gènere impliquen una sèrie d'inequitats que limiten l'accés de les dones als recursos econòmics i socials. I la salut sexual i reproductiva és un dels àmbits on aquestes inequitats es manifesten. Una mostra d'això és l'aparició d'estereotips relacionats amb la sexualitat. Segons l'estudi de Pinta i Vázquez (2022) sobre dones joves a Espanya, encara circula el vell mite sexista en què els homes tenen el paper actiu a les relacions, on són ràpids i mostren una manca de gust i tacte; en canvi, les dones són passives, lentes i delicades. Això deriva en una cosificació del cos i la sexualitat de les dones. De fet, algunes dones joves entrevistades van afirmar sentir-se com a «trofeus» de caça abans o després de tenir relacions sexuals amb parelles masculines.

De la mateixa manera, tal com afirma Hellebrandová (2014), es dona una hipersexualització de les dones migrants i racialitzades,¹ ja que l'imaginari social les defineix com a objectes sexuals. Això està relacionat amb el **colonialisme** i amb la **intersecció entre el gènere i l'origen ètnic i cultural**, que posen les dones racialitzades en una posició de vulnerabilitat. Existeix una violència latent que afecta les persones que són objecte d'aquests estereotips de forma quotidiana, però és difícil denunciar-la perquè, malauradament, està naturalitzada i legitimada en la societat. L'estudi qualitatiu de Ranea-Triviño (2021), el qual s'aproxima als relats d'homes que demanen la prostitució a Espanya, conclou que les dones racialitzades són englobades en categories que les homogeneïtzen en dos sentits: pel que fa al gènere, com a dones són categoritzades com a objectes sexuals, i alhora, es consideren idèntiques en la categoria que se'ls assigna (com a "llatines", "romaneses", "negres", etc.). Aquestes percepcions segueixen un marc de referència que perpetua el colonialisme sexual.

En tercer lloc, cal tenir en compte que alguns col·lectius se senten identificats amb una identitat de gènere diferent de la del seu sexe biològic: són les denominades **identitats trans***. D'altra banda, les persones cis són aquelles la identitat de gènere de les quals es correspon amb el seu sexe biològic. La paraula transgènere o identitat trans* és un hiperònim que engloba, de forma no excloent, a persones que s'identifiquen com a transgènere, travesti, gènere queer, agènere o qualsevol altra identitat que no compleixi amb les

¹ La **racialització** fa referència al procés de categorització de les persones segons diferents construccions culturals, com els trets físics, biològics o fenotípics. Aquesta racialització implica racisme quan es considera que una comunitat, com les persones àrabs, les llatinoamericanes, les gitanes, les africanes o les asiàtiques, és inferior (Coll-Planas *et al.*, 2021).

expectatives socials i culturals hegemòniques. Hi ha persones trans* que s'identifiquen com a dones, altres, com a homes, i algunes es perceben com una identitat més enllà d'allò que és binari. En certs casos, una persona trans* optarà per fer una transició, que pot ser social, legal o mèdica, per aconseguir una situació de confort amb el seu cos i la seva identitat de gènere. Així mateix, les identitats trans* poden tenir diferents orientacions sexuals (Amnistia Internacional, 2022). Tot i això, l'enfocament mèdic continua provocant la patologització de les identitats trans, la qual cosa li atorga un caràcter disfuncional.²

Aquesta categorització errònia, a més, dificulta l'accés als serveis de salut, provoca discriminació per part del personal sanitari i causa problemes de salut mental i d'autoestima a les persones joves. Amb la intenció de revertir aquesta situació, recentment s'ha aprovat la Llei 4/2023, de 28 de febrer, per a la igualtat real i efectiva de les persones trans* i per a la garantia dels drets de les persones LGTBI, que evita la necessitat d'elaborar informes psicològics o mèdics dels menors que acrediten la «disfòria de gènere». Les persones menors trans*, hagin iniciat o no el procediment de rectificació de sexe, poden canviar-se el nom en el registre per raons d'identitat sexual; i poden sol·licitar-ho directament les de més de 16 anys.³ En aquest sentit, l'informe de Missé i Parra (2022) sobre les adolescències trans* a Catalunya assenyala una tendència més alta de transicions a identitats masculines que a femenines. La seva principal hipòtesi per argumentar aquest fet és que les normes de gènere són més rígides per explorar la feminitat en els nois, ja que pot ser considerada inferior i tenir més costos per a ells. Al seu torn, destaca l'aparició de noves categories dins de l'espectre no binari, de les quals un 22 % ho fan a les Unitats d'Identitat de Gènere. Cal tenir en compte que un gran nombre de persones adolescents que s'identifiquen amb l'espectre no binari no solen consultar els serveis d'acompanyament, de manera que s'hauria d'interpretar que hi ha més adolescents en aquesta situació dels que mostren les dades. D'altra banda, s'exposa un augment notable d'atencions en els últims anys per a les transicions de gènere. Com a factors causals, s'argumenten una major visibilitat de les identitats trans* i les transformacions de la normativitat de gènere.

En quart lloc, cal constatar la **diversitat d'orientacions sexuals**, i tenir en compte les reivindicacions dels col·lectius LGTBI (De Quintana, 2021) que qüestionen la presumpció d'heterosexualitat i cissexualitat, i manifesten la discriminació patida quan no es compleix amb la norma d'heterosexualitat i cissexualitat imposada en el sistema patriarcal. L'informe sobre salut i drets sexuals a Catalunya, dut a terme per Carrere *et al.* (2023), mostra que l'any 2021 el 32,4 % de les dones d'entre 16 i 24 anys sentien atracció per persones de tots dos sexes i el 2,6 % d'elles sentia atracció per persones del mateix sexe. També, que el 12 % de les persones que senten atracció per persones del mateix sexe han patit discriminació per la seva orientació sexual. Aquestes

² La Classificació Internacional de Malalties (CIM-10) incloïa la «transsexualitat» com a trastorn. Posteriorment, el terme va ser substituït pel de «disfòria de gènere» en el Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM-V). La CIM-11 ha introduït recentment el terme «incongruència de gènere» a l'apartat de condicions relatives a la salut sexual, juntament amb altres termes com disfuncions sexuals (WHO, 2018a).

³ Les persones menors de 16 anys han de comparèixer amb els seus representants legals.

xifres superen les de l'any 2016. Altres estudis corroboren la discriminació patida pel col·lectiu LGBTI a Espanya, com el que va dur a terme Fernández-Garrido (2017) al municipi de Madrid, i a l'estranger (Campbell et al., 2023).

Un altre eix de discriminació guarda relació amb la **classe social**. Encara que és una qüestió actual, el seu vincle amb la salut sexual i reproductiva és històric. Per exemple, a escala mundial s'ha constatat que els grups socials amb un desavantatge socioeconòmic més elevat tenen més risc de patir determinats tipus de càncers, especialment el càncer de coll d'úter (UNFPA, 2005). En realitat, s'ha establert una relació bidireccional entre totes dues, per la qual cosa cal generar evidències que mostrin que la millora de la salut sexual i reproductiva de la població suposa una reducció de la pobresa (UNFPA, 2005).

A més, és necessari destacar la persistència del **racisme** i de la **xenofòbia** estructurals. De fet, el prototip de persona transmissora del model hegemònic de sexualitat és el d'una persona blanca, heterosexual i de classe social alta.

A l'hora d'abordar la diversitat de la població adolescent i juvenil a Catalunya, cal considerar totes les persones joves que viuen a Catalunya, com a catalanes, i no classificar-les d'entrada com a persones migrants o amb famílies d'origen migrant. Això no obstant, és important tenir en compte que les persones joves migrants que no tenen un adult de referència pateixen una sèrie d'estigmes i discriminació derivats de les representacions criminalitzades de la immigració adulta. És per això que sovint reben l'etiqueta de ser persones violentes i culpables fins que es demostra el contrari. I, en paraules de Douhaibi (2019), aquesta categorització està majoritàriament acceptada per la societat. En el cas de Catalunya, en els últims anys ha augmentat l'arribada de persones adolescents i joves no acompanyades. El setembre de 2023, hi havia 5.857 joves, dels quals el 54% es trobava en centres residencials (Generalitat de Catalunya, 2023). Això explica la importància d'aplicar la perspectiva interseccional en l'àmbit de les polítiques de joventut, per tal d'establir connexions entre les desigualtats estructurals a les quals s'exposa aquest col·lectiu i cada situació concreta en funció del context (Brizuela, 2022). En aquest sentit, el programa marc de la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA) planteja que els serveis residencials han de ser espais on es garanteixi la protecció de les persones adolescents en l'àmbit de la sexualitat.

La **diversitat cultural i religiosa** suposa un altre eix de desigualtat que guarda relació amb els costums i les pràctiques religioses. Les dones joves racialitzades s'enfronten a la discriminació racista i sexista, amb les quals es poden creuar altres eixos com l'edat, la religió, la diversitat funcional o la classe social. Tot i que hi ha múltiples casos que afecten diferents col·lectius, a causa de l'extensió d'aquest informe només s'exposen alguns exemples. Un d'ells és el cas de les persones musulmanes, que es veuen oprimides per múltiples discriminacions relacionades amb els prejudicis islamòfobs. Brigitte Vasallo ha interpretat la islamofòbia des de la metodologia queer per descriure la discriminació que pateixen les persones musulmanes LGBTI. Per identificar formes concretes d'islamofòbia sobre les dones musulmanes, s'aplica el concepte d'islamofòbia de gènere, que es refereix a l'opressió patida pel patriarcat hegemònic (que les afecta per ser dones), pel patriarcat musulmà,

pel racisme per ser musulmanes i pels i per les feministes racistes que només se centren en el gènere. Tanmateix, això no només afecta a dones, que són estereotipades com a submises i febles, sinó també als homes, que són descrits i estereotipats com a agressius i masclistes.

Relacionat amb això, altres conceptes propers són l'homonormativitat i l'homonacionalisme. L'**homonormativitat** fa referència a la incorporació d'estereotips i d'estils de vida heterossexuals dins del mateix col·lectiu LGTBI. D'aquesta manera, la persona homonormativa serà sempre un home gai, blanc, ateu, de classe alta i sense diversitat funcional. Aquest concepte està relacionat amb el d'**homonacionalisme**, el qual fa al·lusió al fet que l'acceptació de la diversitat sexual en una societat és un indicador de la seva qualitat democràtica.⁴ L'activista Khakan Qureshi afirma que certs col·lectius LGTBI perpetuen el racisme quan no inclouen persones racialitzades per desconeixement. Aquesta discriminació es realitza a través del llenguatge corporal i la comunicació no verbal, o fins i tot mitjançant la prohibició directa en certes aplicacions de cites. Per tant, és necessari contribuir a visibilitzar totes les identitats LGTBI i crear diàleg dins de la comunitat. Així mateix, el col·lectiu LGTBI de **població gitana** sovint està invisibilitzat fins i tot dins del mateix col·lectiu, tal com defensa l'entitat Ververipen, la qual divulga la realitat i la diversitat sexual i de gènere en la població d'ètnia gitana. Per tant, és necessari fer una crítica interna de com han interpretat la sexualitat des del pensament eurocèntric i hegemonitzat aquells qui tenen privilegis de raça i de classe (Rojas-Miranda et al., 2017).

Igualment, les persones amb **diversitat funcional** no encaixen dins l'aparell normatiu del sistema sexe/gènere. En el cas de les dones, a més s'hi sumen els prejudicis cap a la seva sexualitat i reproducció. Tanmateix, s'ha de tenir en compte la varietat d'experiències depenent d'altres factors socials i no reduir-les només a les dones amb diversitat funcional física, blanques, heterossexuals i de classe mitjana (Pérez de la Merced, 2018).

Finalment, és important esmentar que el conjunt de posicions explicades no ha de ser entès de forma additiva sinó que totes constitueixen la nostra experiència. Així doncs, hi ha molts altres eixos de desigualtat que s'abordaran transversalment en els apartats següents (persones amb VIH, mares adolescents, cànons estètics, ideologia, etc.).

3.3.2. Efectes de les violències masclistes sobre la salut sexual i reproductiva

Una de les manifestacions més esteses de les desigualtats estructurals són les violències masclistes. L'any 2022 es va publicar l'estudi «Què són les

⁴ D'aquesta manera, s'estableix una divisió simbòlica entre els països que accepten la diversitat sexual i els que la persegueixen, i es crea un argument geopolític que justifica la intervenció militar (Latorre-Ruiz i Azpiazu-Carballo, 2017). L'homonacionalisme s'alimenta del racisme, la islamofòbia i la vulneració dels drets de minories ètniques, sexe-genèriques i religioses, les quals estaran vinculades a la supervivència del sistema neoliberal. Les polítiques de reconeixement de certes persones queer en els estats són considerades com a «mesures de benevolència», típiques dels discursos neoliberals de tolerància i diversitat (Fernández-García, 2018).

violències masclistes i quines formes prenen en el col·lectiu de persones joves?», que s'emmarca en el mateix projecte que el present informe. Aquest estudi explica àmpliament la importància dels diferents tipus de **violències masclistes en la joventut**. Les diverses formes de violències en les quals s'aprofundeix són la física, la psicològica, l'obstètrica, l'econòmica, la digital, la de segon ordre i la vicària. Segons Pinta i Vázquez (2022), a Espanya, el 67,4% de les dones d'entre 18 i 25 anys ha patit comentaris sexuals inapropiats i un 36% ha rebut tocaments sexuals no desitjats i realitzats descuidadament (en el transport públic, en aglomeracions, etc.). A més a més, el 9,1% de les dones joves ha estat violada. A tot això s'afegeix el fet que el 60,7% reconeix haver tingut por de patir algun tipus de violència sexual.

La Llei 17/2020 amplia les formes de violències masclistes i les cataloga segons les formes en què s'expressen i els àmbits en què es produeixen. També incorpora el concepte d'interseccionalitat i fa referència a la realitat de les nenes i les adolescents, així com de les persones transgènere. En l'àmbit de la salut sexual i reproductiva, la Llei 17/2020 defineix la **violència obstètrica i la vulneració dels drets sexuals i reproductius** com una forma de violència masclista dins de l'àmbit institucional:

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

Quan la vulneració dels drets sexuals i reproductius vinculats a les violències masclistes s'analitza des d'una perspectiva interseccional, s'identifiquen múltiples situacions de discriminació. Per exemple, en l'estudi de Llamas i Brigidí (2022) sobre la salut sexual i reproductiva de les dones migrants a Catalunya, les professionals sanitàries entrevistades associen les dones migrants amb una taxa més alta de violència masclista. Amb tot, aquestes professionals també reconeixen desconèixer quines relacions de parella s'estableixen entre les diferents cultures i això fa que no vulguin implicar-se i que no aprofundeixin en els casos de violència masclista.

De la mateixa manera, la confluència dels factors de gènere i diversitat funcional implica tenir una probabilitat més alta de patir violència sexual, la qual és una greu vulneració dels seus drets. Segons l'informe de CERMI (2022), basat en la macroenquesta de violència contra la dona del 2019, les dones amb diversitat funcional han estat exposades a violència sexual fora de la parella (10,3%) en una proporció més alta que les dones sense diversitat funcional (6,2%). I el 40,4% de les dones amb diversitat funcional va viure algun tipus de violència en la parella davant del 31,9% de les dones sense discapacitat que també la van viure. En aquestes dades, però, no es detalla el

percentatge de persones joves. S'ha de tenir en compte que, en els informes i les polítiques, sovint les persones amb diversitat funcional són tractades com un col·lectiu homogeni, i no es consideren altres dimensions que també generen desigualtat, com l'edat, l'orientació sexual, la situació econòmica o la situació laboral. A més a més, es tendeix a representar a la dona amb diversitat funcional com a víctima indefensa. L'informe de Riu-Pasqual *et al.* (2020) recull que les persones amb diversitat funcional tendeixen a patir certes situacions que fomenten diferents tipus de violència masclista. Aquestes situacions són l'aïllament, la manca de xarxa de suport social, les dificultats d'accés, la por i els estigmes associats. Per tal d'abordar les violències masclistes en persones amb diversitat funcional, els autors proposen visibilitzar la seva presència, la participació directa en tots els nivells, canvis legislatius i la reconfiguració dels discursos des dels agents implicats.

D'altra banda, la mutilació genital femenina (MGF), en què s'ultratja el cos i la sexualitat, suposa una greu vulneració dels drets de la persona i és considerada per la Llei 17/2020 com un tipus de violència masclista en l'àmbit social o comunitari. La MGF, doncs, constitueix un delictes de lesions tipificat en el Codi Penal, d'acord amb la reforma introduïda a la Llei orgànica 11/2003, de 29 de setembre. La Llei orgànica 6/1985, d'1 de juliol, del poder judicial, de modificació de la Llei orgànica 3/2005, de 8 de juliol, va introduir en la seva redacció la competència de la justícia espanyola per perseguir extraterritorialment la pràctica de la MGF. La mutilació genital femenina sol dur-se a terme en el període entre la primera infància i els 15 anys per creences errònies culturals i religioses, i té nombroses conseqüències sobre la salut sexual i reproductiva, ja que pot produir esterilitat, modificar la sensibilitat sexual, causar complicacions en el part i deixar seqüeles psicològiques. Concretament, el 2021, els Mossos d'Esquadra de la Generalitat van atendre sis casos de MGF a Catalunya: quatre des de l'àmbit de la prevenció i dos quan la MGF ja s'havia realitzat al país d'origen. Per tant, s'hauria d'intensificar l'atenció i el seguiment de les dones afectades. Aquesta atenció s'ha de procurar de manera integral, interseccional i individualitzada, i per això és necessària la prevenció i la detecció de les dones que han patit la MGF o altres violències masclistes. Les diferents associacions que treballen en aquest camp, com, per exemple, Ahcama, Legki Yakaru – Associació de Dones Subsaharianes, l'Associació Karibu, l'Associació de Dones de Guinea de Madrid o la Fundació Wassu-UAB, coincideixen en la necessitat de tenir referents comunitàries que puguin apropar-se a les dones vulnerabilitzades. Actualment, però, en molts casos, les referents són persones voluntàries i tenen una manca de recursos. Aquestes necessitats haurien de ser ateses des del sector públic, donat que la Llei de Garantia Integral de la Llibertat Sexual⁵ especifica la tasca i la responsabilitat, per part de les administracions públiques, d'establir protocols d'actuació que permetin la detecció i l'atenció dels casos de mutilació genital femenina i de matrimoni forçat.

⁵ Llei orgànica 10/2022, de 6 de setembre, de garantia integral de la llibertat sexual.

3.4. Qui són els principals agents que influeixen en la salut sexual i reproductiva de les persones adolescents i joves?

En aquest punt s'explicarà quins agents influeixen en la salut sexual i reproductiva de les persones adolescents i joves actualment. Aquesta informació és rellevant per a la intervenció, ja que permet localitzar els actors que són clau en l'atenció de les necessitats d'aquest grup de població i alhora identificar línies de treball conjuntes o complementàries.

L'abast de la salut sexual i reproductiva no només és responsabilitat de la persona, sinó que en ella també hi influiran la família, l'escola, la comunitat, les lleis i les polítiques. No obstant això, a Espanya es detecta una manca d'implicació per part d'alguns agents o ineficàcia en les seves actuacions. Segons l'Enquesta Nacional sobre Salut Sexual i Anticoncepció entre els Joves Espanyols de 16 a 25 anys (Observatori de Salut Sexual i Reproductiva, 2019), les persones joves obtenen la informació principalment d'internet (47,8%) i d'amistats (45,5%), per davant de l'escola (28%), la mare (23%) o el pare (12%), i un 12% no havia rebut informació sobre sexualitat. La major part de les persones joves enquestades coincideixen que la informació que es facilita des de l'escola és escassa, té poca continuïtat i està mal enfocada. Refereixen que senten pudor en tractar aquests temes amb els seus familiars, i per això aquesta acostuma a ser la seva última opció i únicament en casos d'emergència. En l'enquesta feta a la província de Barcelona sobre hàbits de salut en adolescents de 4t d'ESO, la principal font d'aprenentatge sobre sexualitat entre 2020 i 2022 van ser les amistats. Respecte als altres agents, s'aprecien diferències significatives entre nois i noies, ja que elles van recórrer més a la família i les xarxes socials, mentre que els nois van obtenir la informació d'internet i la pornografia (Diputació de Barcelona, 2023).

Tot això permet distingir diferents agents educatius en funció del lloc i del context en què es desenvolupen: l'educació sexual formal (sistema educatiu reglat), la no formal (aprenentatges voluntaris dins d'un entorn estructurat, però fora del sistema educatiu reglat, com, per exemple, les intervencions d'associacions, ajuntaments i organitzacions no governamentals) i la informal (no està estructurada ni planificada, sinó que depèn de les experiències de cada persona en la família i la comunitat) (López-González *et al.*, 2023).

Les intervencions i la programació han d'abastar diversos nivells, que van des de l'àmbit clínic i educatiu fins a l'esfera social i la reforma de les polítiques públiques (OMS, 2018). En aquest sentit, les lleis i les polítiques estableixen un **marc legal** per regular la conducta de les persones i establir intervencions i programes en tots aquests nivells. Poden contribuir al desenvolupament de serveis i recursos per promoure la salut sexual o poden obstaculitzar-ne el desenvolupament. Certes lleis contribueixen a la criminalització de la sexualitat i la reproducció, la qual, al seu torn, està relacionada de forma interseccional amb els eixos de desigualtat abans descrits. Aquesta criminalització es pot dur a terme de forma directa, com les lleis que impedeixen l'avortament, la transsexualitat o les relacions fora del matrimoni, o de forma indirecta, per castigar determinades expressions de gènere (Amnistia Internacional, 2018). Hi ha lleis estatals que inicialment s'estableixen amb la intenció de protegir, però acaben discriminant, perquè no

reconeixen els cossos de gènere no binari, les pràctiques sexuals entre persones del mateix sexe o el desig sexual de les persones joves menors de 18 anys (Kismödi *et al.*, 2017).

Un exemple d'això el trobem en la recentment aprovada Llei 4/2023, de 28 de febrer, per a la igualtat real i efectiva de les persones trans* i per a la garantia dels drets de les persones LGTBI, la qual no preveu eines per reconèixer legalment les persones no binàries, ni tan sols per estudiar com seria viable en l'ordenament jurídic espanyol. D'altra banda, a vegades les persones amb diversitat funcional són infantilitzades i considerades asexuals en algunes lleis; per exemple, una dona amb diversitat funcional pot patir una exclusió legal de la vida en parella, de la seva sexualitat o del seu dret a ser mare. Una altra criminalització que pot ser provocada per certes lleis és aquella sobre les persones migrants. En aquest sentit, cal destacar la Llei orgànica 11/2003, de mesures concretes en matèria de seguretat ciutadana, violència domèstica i integració social dels estrangers, ja esmentada anteriorment, donat que inclou de forma específica el delictes de «mutilació genital». Crida l'atenció el fet que una llei que aspira a integrar socialment a les persones migrants també abordi mesures per combatre la delinqüència i la violència contra les dones. Tanmateix, quan s'examina el contingut, s'observa que no aborda cap mesura per a la millora de les condicions de vida i les oportunitats de les persones migrants, sinó que genera un efecte estigmatitzant. Zuloaga-Lojo (2016) aprofundeix en aquesta anàlisi, així com en la d'altres polítiques i notícies de mitjans de comunicació basades en la por que criminalitzen a la immigració.

Seguidament, s'analitza cadascun dels agents d'educació sexual en les persones joves:

3.4.1. La família

Les famílies tenen una gran influència en les persones joves en molts aspectes (López, 2005), entre els quals trobem el desenvolupament de la sexualitat i l'afectivitat. Per això, és fonamental que coneguin la forma adequada d'ajudar els seus fills i les seves filles i que col·laborin amb l'escola. López (2005) afirma que l'educació sexual és un dret de les persones i que, per tant, no correspon a la seva família decidir si han de rebre-la o no. En aquest sentit, el dret a la salut sexual i reproductiva inclou el dret a l'educació sexual, tal com s'ha exposat al principi del document, però això no implica que hagin de desentendre's i deixar-la en mans de l'escola exclusivament. Durant la infància i la joventut de les persones menors, els membres de la seva família són els seus referents, per això certes conductes com el maltractament, la manca de respecte o la discriminació influiran en les seves conductes. Per la seva part, l'estudi de Sánchez-López *et al.* (2023) sobre els coneixements del cicle menstrual a Espanya destaca el paper primordial i principal de les mares a l'hora de transmetre'ls. Tot i això, cada persona estarà sotmesa als seus propis coneixements i actituds, els quals poden estar influenciats per tabús i mites. Bulat *et al.* (2016) van estudiar els efectes de la comunicació dins de la família sobre la sexualitat. En aquesta, la comunicació no verbal adquireix una importància especial, ja que els membres de la família poden comunicar missatges indirectes incongruents amb la comunicació verbal. Per aquest

motiu és important que les persones joves assoleixin un pensament crític i que s'inclogui les famílies en l'educació sexual dels seus fills i les seves filles.

El Mouali Samadi *et al.* (2021) van analitzar les diferents formes d'acompanyament que desenvolupen les mares marroquines a Catalunya durant l'etapa escolar obligatòria dels seus fills i les seves filles, les quals sovint s'invisibilitzen. De tot un recull, han pogut distingir diferents tipus d'experiències, però totes confirmen l'interès en l'escolarització dels menors. L'estudi mostra que les mares intenten formar-se per contribuir en l'atenció escolar dels seus fills i les seves filles, tant en l'àmbit lingüístic com en el dels continguts culturals. D'aquesta manera, els coneixements que adquireixen els permeten ser mediadores entre la unitat familiar i les institucions, malgrat que quan interactuen amb les institucions algunes mares perceben els prejudicis de certs professionals, que generen un ambient hostil cap a la infància i l'adolescència d'origen migrant. Això porta al fet que les famílies tinguin postures enfrontades i es debatin entre donar suport a l'escolarització i contrarestar els discursos que defineixen la seva forma de ser i les seves tradicions com a inadequades. Així doncs, la inclusió de les famílies permet prevenir interpretacions errònies, aconseguir el seu suport i fomentar la comunicació, però per aconseguir-ho les persones professionals de l'educació han de conèixer i respectar la diversitat de creences i les idees personals de les famílies. López (2005) proposa organitzar diverses sessions amb les famílies per informar-les sobre els objectius de l'educació sexual, solucionar els seus dubtes i temors, i, fins i tot, abordar diferents formes de comunicar-se amb els seus fills i les seves filles.

3.4.2. L'escola

L'escola ha de treballar conjuntament i complementar-se amb la família en la promoció de la salut sexual i reproductiva. En aquest sentit, López (2005) argumenta diverses raons per incloure l'educació sexual al llarg de tot el currículum escolar. En primer lloc, aquesta pot fer-se de manera seqüenciada i significativa, que és un aspecte que no es pot aconseguir amb els mitjans de comunicació. A més, és una bona manera perquè l'educació sexual arribi a tota la població. Una altra raó per fer-ho és que així l'escola pot interactuar amb les institucions sanitàries i altres recursos comunitaris, i retroalimentar-se. I, finalment, perquè l'educació sexual és un aspecte recollit a les lleis educatives i un dret inherent a totes les persones.

Particularment, l'última reforma educativa plasmada en la Llei Orgànica d'Educació 3/2020, de 29 de desembre (LOMLOE), intenta fomentar l'educació sexual de manera transversal. A Catalunya, el Departament d'Educació impulsa el Programa *Coeduca't* des del curs 2019-2020, que té per objectiu oferir recursos per poder incorporar transversalment la coeducació, la perspectiva de gènere i l'educació afectiva i sexual des de 3r de primària fins a 4t d'ESO. Tanmateix, com que no es tracta d'un programa d'implantació obligatòria a escala curricular, la incorporació d'aquests continguts a l'aula queda en mans del projecte de centre i del professorat.

En l'àmbit de l'educació obligatòria a Catalunya, és important mencionar que s'ha aprovat el Decret 175/2022, de 27 de setembre, d'ordenació dels

ensenyaments de l'educació bàsica, el qual inclou l'educació sexual en el currículum educatiu:

«Forma part del currículum coeducador en totes les etapes educatives i té com a objectius afavorir la construcció d'una sexualitat positiva basada en els drets sexuals i reproductius, igualitària i saludable, que respecti la diversitat i eviti tot tipus de prejudicis per raó d'orientació sexual i afectiva, així com prevenir embarassos no desitjats i infeccions de transmissió sexual».

Amb tot, **l'escola no sempre és eficaç en l'educació sexual de les persones adolescents o joves**. Les dones joves de l'estudi de Pinta i Vázquez (2022) van coincidir que l'educació sexual que havien rebut a l'escola havia estat escassa, superficial i desfasada. La majoria destaca un tòpic freqüent: el plàtan que s'utilitza per aprendre a posar un preservatiu, que clarament resulta un mètode insuficient per parlar d'anticonceptius. A més, a això s'afegeix el fet de parlar de les ITS d'una manera generalista i alarmista.

D'altra banda, també s'ha de considerar la **situació de desigualtat en la relació professorat-alumnat**, que, al seu torn, pot estar creuada per altres eixos de desigualtat, com ara l'adultocentrisme, el racisme causat per l'universalisme occidental del sistema educatiu, el gènere o la religió. Per això, cal que la persona docent sigui conscient del poder que comporta la seva posició perquè pugui exercir el seu rol sense generar més desigualtats (Coll-Planas *et al.*, 2021). En aquest sentit, López (2005) denomina «currículum ocult» a aquells missatges que els docents poden transmetre de manera inconscient als seus alumnes; en serien exemples promocionar explícitament la igualtat de gènere i manifestar o permetre actituds sexistes. Per tant, és imprescindible ser-ne conscient i procurar que el currículum ocult i l'explícit sempre es donin conjuntament.

Un altre aspecte que convé tenir present és l'enorme **influència que exerceixen els llibres de text** en el jovent, ja que els poden transmetre el model cultural, social i de valors que es pretén mantenir. En concret, en moltes ocasions aquests continuen apostant pel model hegemònic de sexualitat i només se centren en la reproducció o representen majoritàriament cossos blancs, amb més presència d'homes davant de dones o de gènere no binari i absència de persones amb diversitat funcional. I a això s'uneix la constant i única repetició de l'estructura familiar formada per una mare, un pare i fills o filles, de manera que es perpetua l'heterocentrisme (Díaz-García, 2023). A més, diversos estudis corroboren la manca de perspectiva de gènere també en els materials i llibres escolars. Per exemple, Milian-Costa i Hernández-Carceller (2022) van analitzar la perspectiva de gènere en diferents llibres de text d'història a Catalunya, concretament en el tema de l'imperialisme, i van afirmar que, seguint una tendència androcentrista, encara hi ha una predominança clara dels homes en els àmbits bèl·lics, polítics i econòmics. Aquesta representació desigual també ocorre en els llibres de matemàtiques, els quals donen lloc a estereotips de gènere que provoquen que hi hagi menys dones estudiants de carreres tècniques, en l'àmbit de les STEM (Guichot-Reina i de la Torre-Sierra, 2023).

Per si això no fos prou, la transició cap a una escola intercultural amb educació sexual integral s'enfronta a un altre obstacle: la **manca de formació adequada del professorat**. Martínez *et al.* (2014) van analitzar la formació del

professorat a Espanya en una mostra de 3.695 docents; els resultats van indicar que el 43% no havia rebut cap mena de formació i que el 48% no impartia educació sexual a les seves classes. Anys més tard, Resa (2021) va analitzar 72 guies docents del Grau d'Educació Primària de la Universitat Complutense de Madrid des d'una perspectiva de gènere i va concloure que la formació dels futurs docents continua sent androcèntrica, de manera que no es pot garantir que puguin educar en igualtat quan siguin professores i professors. Per aquest motiu, tant les escoles feministes com les entitats que fan tallers i formacions en l'àmbit de la SSR exposen que l'educació sexual hauria d'estar inclosa en el currículum i que és necessari fer una selecció dels docents que tenen formació per impartir-la (Carceller, 2023). En el cas de Catalunya, el programa *Coeduca't* no contempla formacions obligatòries per al professorat, sinó només voluntàries. Així doncs, hi ha una manca de formació patent, la qual és problemàtica perquè facilita que les persones docents imparteixin models de sexualitat influïts per les seves pròpies característiques (per exemple, gènere i edat) i reproduïxin desigualtats basades en construccions morals, personals i socials (Malgosa et al., 2023).

3.4.3. Les institucions sanitàries

El paper de les institucions sanitàries en la promoció de la salut sexual i reproductiva és bàsic. L'atenció a la salut sexual i reproductiva s'ofereix des de l'Atenció Especialitzada, des de l'Atenció Primària o en els Centres d'Atenció a Joves, els quals ja s'han anat esmentant anteriorment. En concret, a Catalunya, l'atenció a la salut sexual i reproductiva es proporciona a les unitats d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR). Tal com s'ha apuntat, el CJAS és el servei de referència per a la informació i l'assessorament a les persones joves a Catalunya en matèria de salut sexual i reproductiva. Es tracta d'un centre acreditat pel Departament de Salut de la Generalitat i té finançament públic, així que és complementari dels serveis sanitaris i educatius. L'OMS Europe (2001) defensa la necessitat de disposar d'aquest tipus de centres de salut sexual i reproductiva dirigits a les persones adolescents i joves, ja que s'hi aconsegueix una atenció especialitzada. En el context espanyol, aquest tipus de centres no són habituals, però en l'àmbit internacional és un model consolidat. Segons les seves pròpies dades, atén anualment 10.000 persones joves en intervencions grupals i individuals, de les quals molts casos són visites úniques, donat que acostumen a acudir-hi per situacions d'urgència, com una amenorrea o una sospita d'ITS. A això s'hi afegeix el fet que a moltes persones joves els costa fer consultes sobre certs temes que continuen sent tabú avui dia. Per tot això, l'objectiu del centre és transformar aquesta visita puntual en una visita que abordi les múltiples facetes de les sexualitats d'una manera integral i amb professionals de diverses disciplines (Baroja i Aldavert, 2019).

Entre els seus serveis, les institucions sanitàries ofereixen l'atenció a les persones joves, el consell reproductiu, el control i el seguiment de l'embaràs, el diagnòstic prenatal, la interrupció voluntària de l'embaràs, l'educació maternal, l'atenció al puerperi, la prevenció del càncer de coll uterí i del càncer de mama, l'atenció a les ITS i la patologia ginecològica, l'activitat comunitària a persones adultes, l'educació afectiva i sexual, i l'atenció a la violència cap a les dones. Així mateix, cal destacar el paper de les farmàcies en la promoció de la salut

sexual i reproductiva, perquè fan una tasca important en l'assessorament i la dispensació d'anticonceptius, la prevenció i el diagnòstic d'ITS, i l'atenció a l'embaràs.

Tanmateix, aquests serveis no sempre segueixen l'enfocament integral de la SSR. A la gran majoria dels programes de salut i les carteres de serveis, la salut sexual únicament se centra en els aspectes reproductius, l'anticoncepció i la prevenció de les ITS (Ministeri de Sanitat, 2021). D'altra banda, l'accessibilitat als diferents serveis de salut és un dret que s'ha de garantir, però sovint aquesta es veu obstaculitzada per factors com el cost del servei, els prejudicis professionals, circuits o serveis mal dissenyats, uns horaris poc adequats o la violència institucional (Observatori de Drets Sexuals i Reproductius, 2019). A més, l'atenció de la salut sexual i reproductiva no sempre es proporciona tenint en compte les necessitats i el context de cada persona i atenent l'enfocament interseccional, com recomana la literatura (Lung *et al.*, 2022). Finalment, hem de recordar que una de les principals discriminacions que pateixen les persones LGTBI prové del mateix personal sanitari (Fernández-Garrido, 2017). Considerant això, resulta evident la importància d'una formació adequada.

Anteriorment s'ha descrit l'adolescència com una etapa primordial en el desenvolupament de la persona. Per aquesta raó és necessari que les persones adolescents trans* que estiguin en el procés de cerca de la seva identitat de gènere tinguin una estabilitat emocional i estableixin vincles amb les persones professionals de l'àmbit clínic. En qualsevol cas, l'acompanyament s'ha de fer també en l'àmbit familiar i en el comunitari. En relació amb això, hi ha una dada rellevant: la prevalença d'intents de suïcidi és del 48% en les persones trans* joves. L'acceptació social pot ajudar a disminuir el seu patiment, així com pot fer-ho l'adequada formació del personal sanitari (Comitè de Bioètica Catalunya, 2022). D'altra banda, durant els anys 2019 i 2020 Llamas i Brigidi (2022) van dur a terme un estudi en què s'entrevistaven dones migrants amb una mitjana d'edat de 34 anys a Catalunya i professionals sanitaris i mediadors culturals. D'aquesta manera, es pretén analitzar el compliment dels drets sexuals i reproductius des d'una perspectiva integral i de gènere en el Sistema Sanitari Català. La principal dificultat identificada va ser la comunicació intercultural entre les dones migrants i les persones professionals de la salut, que principalment és causada per diferències lingüístiques i culturals, així com per les actituds prèvies davant la diversitat. Certs temes associats a la salut sexual i reproductiva poden ser interpretats de manera diferent entre cultures, i algunes persones poden sentir-se incòmodes tractant-los o evitar abordar-los. D'altra banda, els silencis són interpretats per alguns professionals sanitaris com una manca d'interès o por, encara que pot haver-hi altres factors, per exemple l'idioma utilitzat o el fet que certes comunitats d'Àsia i Àfrica subsahariana emprin el silenci com a mostra de respecte i sensibilitat (Nevado-Llopis, 2014). En aquest sentit, el personal sanitari ressalta la necessitat de la figura de mediació intercultural en l'atenció a la salut sexual i reproductiva. D'altra banda, si bé el conjunt dels professionals entrevistats no es consideren racistes, algunes persones mostren estereotips i prejudicis cap a la diversitat. Això no obstant, la majoria d'elles no es planteja l'existència de diferències a l'hora d'entendre la salut, la malaltia, el cos, la prevenció o la

família. Això es tradueix en la superioritat de coneixements de la cultura del país d'acollida (Llamas i Brigidi, 2022.).

En conseqüència, és evident que la formació del personal sanitari és imprescindible per poder oferir una atenció integral. Però les seves actituds poden estar influïdes pels estereotips de gènere i pel model hegemònic de sexualitat. Alonso-Martínez *et al.* (2022) van avaluar les actituds dels estudiants d'infermeria de la Universitat de Burgos i van concloure que la formació en sexualitat és insuficient i està basada en els riscos, de manera que no es pot aplicar una perspectiva holística. Tanmateix, aquest problema també existeix en altres països. La tesi doctoral de Viñas-Llebot (2018) analitza les necessitats de formació de les llevadores dels ASSIR a Catalunya, i conclou que el concepte de sexualitat que tenen les professionals influeix en el tipus d'atenció que proporcionen, el qual de vegades no es basa en un enfocament de drets. L'estudi destaca la necessitat d'atendre la sexualitat en situacions de vulnerabilitat i de risc, la diversitat cultural i la diversitat sexual. I, a més, es detecten diferències en funció del territori tant en l'accés a la formació com en la disponibilitat de recursos. Així mateix, Llamas i Brigidi (2022) conclouen que és necessari que els professionals sanitaris adquireixin competències en interculturalitat. Malgrat la contínua necessitat de formació professional, l'Institut Català de la Salut està duent a terme capacitacions per proporcionar una atenció integral i amb enfocament de gènere, en línia amb la feina desenvolupada en el marc del Pla d'atenció a la salut afectiva, sexual i reproductiva (Generalitat de Catalunya, 2022).

3.4.4. La comunitat

Les **amistats** exerceixen una gran influència en els adolescents i les persones joves. Fins i tot diversos estudis confirmen que en certs casos aquesta influència és major que la de les famílies (Kirby, 2007; Bulat *et al.*, 2016). Sense anar més lluny, l'estudi de Pinta i Vázquez (2020) assenyala que el 81,8% de les dones joves (de 18 a 25 anys) de la mostra de la seva investigació a Espanya parlen principalment amb les seves amistats sobre sexualitat, i aquest percentatge està per davant de les que ho fan amb les mares (11,5%) i les germanes (10%).

L'**educació sexual no formal** pot aportar eines a la joventut sobre les temàtiques que no són abordades adequadament per l'educació sexual formal, com és el cas de l'enfocament holístic de la sexualitat. López-González *et al.* (2023) van dur a terme un estudi descriptiu sobre les webs oficials d'educació sexual de les comunitats autònomes d'Espanya. El 64% es dirigeix a persones joves, i el 80% del contingut està relacionat exclusivament amb la reproducció, la prevenció de malalties o la violència de gènere. Molt poques aborden temes com els drets sexuals, el coneixement del cos, les relacions interpersonals o les habilitats per a la salut i el benestar sexual. Això genera potencials desigualtats en l'accés a educació sexual a Espanya, tal com passa amb l'educació sexual formal, com ja s'ha exposat abans. Tot i això, van observar que temes com el gènere i les violències són emergents i cada vegada més freqüents. Concretament, segons el mateix estudi, a Catalunya aquests recursos aborden la sexualitat d'una manera més integral que com es fa a altres comunitats. A més, les comunitats que més plataformes web tenien amb

recursos descarregables sobre educació sexual eren Catalunya i les Illes Balears. Precisament, aquest tipus d'educació sexual està molt estesa a Catalunya, ja que hi ha diverses associacions o entitats LGTBI, feministes i espais joves que realitzen intervencions i ofereixen recursos. Entre elles destaquen SIDA STUDI, la Cooperativa Candela (educació afectivo-sexual, prevenció de la violència masclista i la LGTB-fòbia), Ververipen (espai ideat per a persones Rroma (gitanes) i no-Rroma que lluiten pel respecte a la diversitat), Associació Catalana per a la Integració d'Homosexuals, Bisexuals i Transsexuals Immigrants, STOP SIDA, Creación Positiva, Trans-Enllaç (Fundació Enllaç) o CJIS (Joves per la Igualtat i la Solidaritat), entre d'altres.

També és necessari destacar el lleure educatiu com un espai essencial de l'educació no formal a Catalunya, donat que és un espai de socialització on interactuen joves i infants. Aquest es recull a l'estratègia Llibre Blanc de la Prevenció de les Violències Masclistes (gencat.cat) com a agent clau per a la prevenció de violències masclistes, ja que permetrà crear espais altament rics en components socialitzadors i educatius. Per tant, les activitats educatives, com els tallers i les xerrades, són eines importantíssimes per incidir en la salut sexual i reproductiva, i també ho són les guies didàctiques dirigides als equips educatius en què es comparteixen propostes per treballar temes relacionats amb les violències masclistes.

3.4.5. Comunitat digital

Actualment, l'ampli accés a les TIC ha modificat els hàbits de comportament de la població, de forma que també se les han d'incorporar a l'educació sexual formal i no formal. L'ús diari dels mòbils i l'accés a internet, les xarxes socials i altres aplicacions contrasta amb el fet que, segons l'estudi de López-González *et al.* (2023), els recursos analitzats —en l'àmbit de l'educació no formal— corresponien majoritàriament a documents en formats descarregables. Així doncs, assenyalen que aquest últim es tracta d'un format desactualitzat i que cal fomentar altres TIC més noves, com l'ús de les aplicacions mòbils o la creació de perfils institucionals en xarxes socials com Tiktok, Twitter o Instagram.

L'ús de les tecnologies pot ser una eina utilitzada com a espai per trobar una comunitat afí, especialment quan aquesta comunitat no està en l'entorn social quotidià o no es rep una educació sexual adequada. En aquest àmbit, destaca la feina que certs divulgadors fan a les **xarxes socials**, com Instagram, els pòdcasts, les botigues eròtiques en línia amb contingut sobre educació sexual i les pàgines educatives d'entitats i d'associacions d'alguns col·lectius i d'educació sexual.

Tanmateix, s'ha de tenir en compte que els mitjans creen missatges que generen diferents actituds i ideologies, i així es pot perpetuar el sistema sexe/gènere. És per això que aquests missatges s'han de reformular, i cal oferir una visió crítica. En el seu estudi, Calvo i San Fabián (2018) van analitzar les *selfies* d'Instagram de les persones joves i van concloure que en aquestes hi ha diferències de gènere i que la majoria d'elles segueixen estratègies mediàtiques amb una visió sexista i comercial de l'eròtica. La **influència de la**

pornografia *mainstream*⁶ virtual també és evident en les sexualitats de les persones joves. Tot i que existeixi la pornografia feminista i amb perspectiva de gènere, tot sembla indicar que encara és minoritària. L'estudi de Ballester i Orte (2019) mostra que l'edat d'inici en el consum de pornografia és els 8 anys. I el 42% de la mostra va afirmar que l'educació sexual no els havia solucionat els dubtes, i que les seves fonts d'informació principals havien estat les amistats, però sobretot internet, que ha esdevingut en un nou agent educador poderós. Les autores conclouen que la pornografia *mainstream* confirma els rols sexuals convencionals i estereotipats, on predominen la violència i la dominació masculina. Però, no només és masclista, sinó que també és etnocèntrica, homòfoba, lesbòfoba, transfòbica i capacitista. En efecte, encara que hi aparegui diversitat, es privilegia el desig blanc, masculí i heterosexual, de forma que es categoritza tota la resta (Rodríguez-Suárez, 2020).

Davant d'aquesta realitat, les autores recomanen no prohibir l'accés a la pornografia i a les xarxes socials, ja que és molt difícil de controlar. En canvi, aposten per dotar a les persones adolescents d'una capacitat crítica per entendre què significa la pornografia. En aquest sentit, són poques les comunitats autònomes que compten amb materials per abordar de forma crítica la pornografia *mainstream*. Tanmateix, sí que hi ha alguns exemples, entre els quals destaca, per exemple, la guia de Rodríguez-Suárez (2020) aplicada a Astúries (López-González et al., 2023).

Així mateix, les TIC han ampliat les pràctiques sexuals de la població de diferents edats (Ojeda et al., 2020). En els últims anys han aparegut noves pràctiques com el **sèxting**, que és l'intercanvi de contingut sexual d'elaboració pròpia a través de mitjans digitals (vídeos, fotos, àudios o text). Ara bé, es tracta d'una pràctica sexual, que, en el si de la societat masclista i patriarcal pot anar associada a violències i riscos, com qualsevol altra pràctica. Les violències masclistes digitals han estat reconegudes i tipificades en la Llei 17/2020, tal com s'ha mencionat anteriorment.

Per una banda, quan algú envia continguts sexuals propis sense el consentiment de la persona receptora, està cometent una agressió sexual o assetjament. És a dir, quan no és consentit, l'enviament dels continguts sexuals és una forma de violència masclista. En aquest sentit, es calcula que, a Espanya, un 46% de les dones joves han estat víctimes d'aquesta violència, donat que han estat assetjades a les xarxes socials per rebre imatges o comentaris de caràcter sexual no consentits (Pinta i Vázquez, 2022).

Per altra banda, quan algú difon imatges sexuals alienes està cometent **sexpredding**, una forma particular de violència masclista digital conceptualitzada per les cooperatives Candela i EdPAC (2020). En l'adolescència, els riscos del **sexpredding** poden augmentar a causa de la pressió de les amistats, i la presència d'assetjament escolar, que pot aparèixer o intensificar-se amb el **sexpredding**. En aquest sentit, només 1 de cada 5 adolescents espanyols que rep contingut sexual, el rep directament del creador (Ojeda et al., 2020). Per tant, es requereix fer més investigació sobre el

⁶ Pornografia *mainstream*: en l'àmbit de la indústria pornogràfica, engloba allò que es veu més pel públic i allò que més es representa.

sexpreading i en l'abordatge adequat des de l'educació sexual (Ojeda *et al.*, 2020). Gámex-Guadix *et al.* (2017) conclouen que cal emprar un enfocament educatiu que emfatitzi l'ús responsable de les noves tecnologies en lloc d'adoptar una perspectiva només basada en els perills del *sèxting*. En aquest sentit, Candela i EdPAC (2020) apunten que la solució no és prohibir el *sèxting* per prevenir el *sexpreading*, ni molt menys culpar a les víctimes del segon, sinó que cal promoure una educació basada en el consentiment, el respecte, el plaer i la despenalització de la sexualitat.

3.5. Quins elements influeixen en la salut sexual i reproductiva de les persones joves?

Existeixen diferents models d'educació sexual en funció de l'enfocament que se li vulgui donar. López (2005) en distingeix alguns, dels quals destaca principalment el model de riscos, que es correspon amb un enfocament exclusivament mèdic i centrat en la prevenció d'ITS i l'ús d'anticonceptius, i el model biogràfic-professional, que es correspon amb un enfocament integral. A escala internacional, la *Comprehensive Sexual Education (CSE)* o l'Educació Sexual Integral (ESI) es defineix com l'ensenyament i l'aprenentatge sobre els aspectes cognitius, emocionals, físics i socials de la sexualitat. El seu objectiu és dotar a la infància i a les persones joves de coneixements, habilitats, actituds i valors que els permetin aconseguir salut, benestar i dignitat; desenvolupar relacions socials i sexuals respectuoses; considerar la manera en què les seves eleccions afecten el seu propi benestar i el dels altres; i comprendre i garantir la protecció dels seus drets al llarg de la seva vida. La ESI pot ser impartida en entorns formals i no formals, i estarà basada en l'evidència científica. A més, haurà de contextualitzar-se en la gamma de valors, creences i experiències presents a cada cultura. Així i tot, per poder aplicar aquest enfocament, no només són importants les conductes individuals, sinó que també són necessàries les activitats comunitàries i les polítiques públiques.

Tot seguit s'exposen els elements clau de la salut sexual i reproductiva basats en aquest model holístic:

3.5.1. Cos

Els nostres cossos són complexos per poder aportar respostes clares sobre les diferències sexuals. I les funcions i els senyals corporals que s'enquadren com a masculins o femenins estan molt influïts per les nostres concepcions de gènere. L'elecció de criteris per determinar el sexe està condicionada socialment i en aquest cas no es poden oferir estàndards absoluts en l'àmbit científic (Fausto-Sterling, 2006). Es per això que les intervencions d'educació sexual han de crear un espai favorable per tractar els canvis experimentats pel cos des d'una mirada no binària, positiva i diversa.

Així mateix, s'ha de fomentar el coneixement del propi cos i el respecte pels altres, i trencar estigmes i mites sobre els canvis corporals (Mandràgores, 2022). La imatge corporal són les diferents representacions mentals que fem dels nostres cossos en diversos contextos i etapes de la vida, la qual té un profund impacte en l'autoestima, la identitat, la salut mental i el funcionament

social. Es tracta d'un factor que ha estat àmpliament estudiat per diferents disciplines. La imatge corporal estarà formada per dos components principals: perceptiu i actitudinal, i estarà influïda per la família, els mitjans (especialment les xarxes socials), la comunitat i els iguals. Tots aquests factors interactuen de manera complexa (Knafo, 2016). En realitat, certs tipus de joguines també exerceixen la seva influència. L'estudi de Dittmar *et al.* (2006), que centra l'atenció en els efectes de les joguines en els imaginaris corporals de les nenes, va demostrar que el grup de nenes que havia estat exposat a les nines Barbie va mostrar un desig més acusat per estar primes, la qual cosa afavoreix la grassofòbia, especialment en les nenes més joves. Això és degut al fet que juguen prenent la perspectiva de la nina i inevitablement acaben anhelant-ne les qualitats físiques. Així doncs, això ens indica que s'ha de reflexionar sobre els cànons de bellesa i les pressions estètiques que venen marcades per diferents agents de la societat, ja que generen altres eixos de desigualtat. D'altra banda, l'estudi de Pinta i Vázquez (2022) va explorar les percepcions de dones joves a Espanya sobre els seus cossos. En l'estudi s'apunta que moltes de les inseguretats que sofreixen les dones respecte als seus cossos deriven dels ideals de perfecció que estableix la societat. Per exemple, moltes de les joves van esmentar el tòpic de la depilació: afirmaven depilar-se perquè volien, però admetien que, si no existís la imposició social actual, no ho farien. De la mateixa manera, hi ha moltes altres dones que no es depilen, malgrat les imposicions socials. Altres elements similars són el maquillatge, els pentinats, la roba, el pes, l'alçada... tots ells configuren diferents patrons de bellesa que s'exigeixen en diferents àmbits i segons el gènere. Enguix (2015) analitza els discursos i les convencions mitjançant els quals es transmet la masculinitat a través del cos. Conclou que el gènere es construeix com un conjunt de trets estereotipats, i que s'estableix una estreta relació entre cos, gènere i sexualitat. Així mateix, la pressió estètica pot minvar l'autoestima i provocar problemes de salut, tant física com mental. Un exemple d'això són els trastorns de la conducta alimentària (TCA) i l'obsessió pel control del pes, que poden derivar en malalties com l'anorèxia o la bulímia. En aquest sentit, si bé els TCA són sempre multicausals, la pressió estètica contribueix decisivament a la insatisfacció corporal, que pot actuar com a detonant d'aquests trastorns (Generalitat de Catalunya, 2023).

Una de les grans dificultats de les persones trans, que es tradueix en violències, és l'adequació als cànons estètics per a no ser objecte de burles per culpa del seu cos no estereotipat. Ara bé, les teràpies hormonals no han de proposar-se com la solució en tots els casos, ja que poden provocar altres problemes dels quals encara no existeix suficient evidència. És per això que les persones joves trans* i les seves famílies han d'analitzar-ne els riscos i els beneficis disposant de la informació adequada (Comitè de bioètica Catalunya, 2022). A això s'uneix la racialització dels cossos de les persones no blanques i la discriminació de les persones amb diversitat funcional, donat que el model hegemònic capacitista no considera els cossos diferents de l'estàndard. La supremacia blanca promou un culte al cos jove, blanc, prim i sa, o, dit d'una altra manera, una persona no musulmana, no creient, no negra, no migrant, no refugiada. D'aquesta manera, el discurs de l'alliberament sexual està alineat amb la supremacia blanca (Rojas-Miranda *et al.*, 2017). Anteriorment, ja s'ha parlat dels estereotips sexuals respecte als cossos de les dones racialitzades. Masson (2018) afirma que és necessària una descolonització del

cos, un procés que es va completant, de mica en mica, mitjançant el plantejament de certes qüestions sobre el propi cos i sobre altres cossos. Tanmateix, per fer-ho, és necessari desconstruir el binomi home-dona, com a model occidental, i també altres: superior-inferior, moderna-antiquada, civilitzada-salvatge, maca-lletja... Els codis de valorització social de determinats cossos influeixen en els discursos que constitueixen l'amor, com ara el desig, les emocions, el suport i el compromís. En relació amb això, l'escriptora egípcia Dalia Gebrial (2017) examina aquests patrons, concretament els colonials. La deshumanització i la fetitxització sexual no comencen ni finalitzen en les relacions individuals, sinó que s'originen en un sistema de representació nascut d'una relació de poder. Així mateix, les polítiques de migració també s'alimenten d'aquesta jerarquia racial del desig. Per tant, la descolonització d'aquests paradigmes ha de dur-se a terme de manera estructural.

En aquest sentit, a Catalunya cal destacar el Pla d'Acció per a Combatre la Pressió Estètica 2023-2026 de la Generalitat, el qual té com a objectiu oferir una resposta política coordinada i transversal a la violència dels cànons estètics que produeixen i perpetuen els estereotips i les discriminacions de gènere, racials i capacitistes. El Pla, pioner en el món, inclou diverses accions, agrupades en vuit àmbits estratègics: Sensibilització; Consum, alimentació i moda; Audiovisual i publicitat; Educació; Salut i atenció especialitzada; Món laboral; Esports, i Acompanyament i denúncia (Generalitat de Catalunya, 2023).

D'altra banda, un dels estigmes que encara persisteix en la societat actual té relació amb la **menstruació**. El cost dels productes menstruals i unes certes pràctiques socioculturals afecten la salut i el benestar de les persones que menstruen. L'alfabetització menstrual és el grau de coneixement d'una persona sobre el seu cicle menstrual i les cures necessàries durant cada fase. La seva adquisició és essencial per mantenir una salut sexual adequada i la consecució de la igualtat de gènere. Un estudi realitzat a Espanya a més de 4.000 persones menstruants (Sánchez-López *et al.*, 2023) va concloure que les participants no tenien prou coneixements sobre la menstruació, incloent-hi els aspectes biològics i la manera de gestionar els períodes. Les persones joves que ja havien tingut la menarquia van reportar una manca d'informació en el moment de debut del període, ja que gran part dels ensenyaments que van rebre se centraven en aspectes biològics i reproductius, i deixaven de costat les dimensions socials, emocionals i mèdiques. La majoria de les enquestades va declarar haver sentit emocions negatives, com ara por i vergonya, quan va tenir la primera menarquia. Una de les possibles causes d'això és que l'educació sexual rebuda fomentés la por davant la possibilitat d'embaràs i les molèsties de cada cicle. D'altra banda, en l'enquesta Òmnibus 2023 de la Generalitat, només un 54% de les persones enquestades va respondre correctament a la pregunta sobre què és el cicle menstrual. La percepció majoritària és que no es parla prou sobre la menstruació en els mitjans de comunicació i a l'escola. Addicionalment, l'enquesta indica que el 44% de les persones amb úter de la mostra que tenen la regla han utilitzat productes que no eren la seva preferència perquè altres eren massa cars, i el 23% han hagut de reutilitzar productes d'un sol ús per raons econòmiques.

A més, si bé tant la menarquia com les primeres ejaculacions involuntàries es donen en l'adolescència, no solen tenir el mateix significat social. La

menstruació es considera un tabú i ha estat associada durant molt de temps a la impuresa; per això, encara avui dia moltes adolescents tendeixen a ocultar la seva aparició. Per contra, l'ejaculació masculina s'associa amb la virilitat i el valor (Lena, 2007).

Existeixen diverses iniciatives i recursos per atendre aquestes necessitats. En destaquen les guies d'UNICEF sobre el monitoratge de la salut menstrual i el manual sobre salut menstrual per a formadors, les quals aprofundeixen en l'adolescència i la menstruació, així com en la seva relació amb les emocions i els aspectes socioculturals (UNICEF, 2020a i b). A Catalunya, és important el Pla d'Equitat Menstrual — La meva regla, les meves regles, el qual es troba dins de l'Estratègia Nacional de Drets Sexuals i Reproductius. Actualment, se n'està desenvolupant la segona fase en tots els centres educatius de Catalunya, que consisteix en l'organització de tallers d'educació menstrual i la distribució gratuïta de tres productes menstruals reutilitzables entre les alumnes i les persones menstruants de 3r d'ESO (Generalitat de Catalunya, 2023).

3.5.2. Sexualitats

Anteriorment, s'ha assenyalat que les sexualitats són diverses i que existeix una estreta relació entre la salut sexual i reproductiva i els drets sexuals. Com que el plaer sexual s'ha incorporat recentment a les polítiques de salut sexual, és l'element menys desenvolupat, ja que no està exempt de polèmica i d'interpretacions variades. Així i tot, l'estudi del plaer ha estat sempre subjecte a l'heteronormativitat i l'adultocentrisme (Gruskin *et al.*, 2019). La WAS (Associació Mundial per a la Salut Sexual, en les seves sigles en anglès) ha intentat reconèixer la importància del plaer i la seva relació amb la salut sexual. Segons el Global Advisory Board for Sexual Health and Wellbeing (GAB) (GAB-shw, 2016), la definició del plaer sexual és la següent:

Avui dia, **és necessari abordar la diversitat des del plaer per prevenir la LGTB-fòbia** mitjançant l'empoderament de les persones LGTBI (Creació Positiva i SIDA STUDI, 2020). De fet, una de les principals barreres que exposen les dones cis, lesbianes i bisexuals en l'estudi de Fernández-Garrido (2017) és la bateria de preguntes que es fan per construir la història clínica d'una persona en la consulta mèdica. Aquestes preguntes estan basades en el paradigma heterosexual, segons el qual una persona amb úter i vagina tindrà una identitat de dona i se sentirà atreta per homes cis. Això genera un espai d'exclusió i d'invisibilitat en la mateixa consulta. Per aquesta raó, el GAB ha desenvolupat una sèrie d'eines destinades a les persones professionals de la salut, —que es van pilotar en el marc del Congrés Mundial de la Salut Sexual de 2017—, amb l'objectiu de comprendre i d'atendre basant-se en els vincles entre la salut sexual i els drets i el plaer sexuals. D'aquesta manera, es busca evitar situacions de discriminació en centres sanitaris. En concret, el *Pleasuremeter* permet recopilar informació per a la història clínica referent a la salut sexual i

«El plaer sexual és la satisfacció i el gaudi físic i psicològic derivats d'experiències eròtiques en solitari o compartides, incloent-hi els pensaments, els somnis i l'autoerotisme. L'autodeterminació, el consentiment, la seguretat, la privacitat, la confiança i la comunicació són factors clau que permeten que el plaer contribueixi a la salut i el benestar sexuals. Ha d'exercir-se en el context dels drets sexuals. Les experiències del plaer són diverses...»

reproductiva, tenint en compte l'enfocament integral de la definició sobre plaer anteriorment exposada (Braeken-Van Schaik i Castellanos-Usigli, 2018).

Malgrat l'accessibilitat dels recursos existents, avui dia encara perduren diversos **mites sobre les sexualitats**. Cerdón-Colchón (2008) va fer un estudi sobre les creences errònies de la sexualitat dels adolescents que cursaven des de 3r d'ESO fins a 2n de batxillerat a Almendralejo (Badajoz). A través d'aquest estudi es va poder observar que els mites referits a la masturbació han estat els més erradicats; no obstant això, uns altres segueixen molt arrelats, com el dolor i el sagnat en la primera relació coital (84%), l'obligatorietat d'acabar les relacions amb l'ejaculació masculina (49,4%) i la perillositat de mantenir relacions amb la menstruació (27%), i també aquells sobre la grandària del penis (34%), sobre l'homosexualitat (30%) i sobre la dubtosa normalitat d'unes certes conductes sexuals (68%).

A propòsit d'això, un dels mites més recurrents és que les persones amb diversitat funcional no tenen sexualitat. Històricament, els drets de les persones amb diversitat funcional sempre han estat influïts per un discurs d'absència de plaer que ha mantingut el seu paper de víctimes i de persones asexuals (Pérez de la Merced, 2018). Un dels principals resultats de l'estudi de Cruz (2004) és que les persones amb diversitat funcional s'enfronten a diversos obstacles en l'accés a la salut sexual i reproductiva. Tanmateix, aconsegueixen trencar els estereotips socials tot i ser un procés complex.

Es va dur a terme una cerca bibliogràfica relativa **als coneixements sobre sexualitat** en les persones joves a Espanya, des del 2010 fins a l'actualitat, descartant-se aquells estudis en els quals els coneixements s'havien obtingut a partir d'una intervenció d'educació sexual. En realitat, les recerques que avaluen exclusivament els coneixements i les actituds en persones joves són escasses, ja que la majoria solen estar associades a intervencions d'educació sexual (Folch *et al.*, 2015; Fernández-García *et al.*, 2022; Fernández-Rouco *et al.*, 2019; Sanz-Martos *et al.*, 2022; Varela-Salgado i Paz-Esquete, 2010; Rodríguez-Mármol *et al.*, 2016). D'altra banda, cal considerar que la major part dels estudis són heterocentrats i enfocats en les ITS o les pràctiques sexuals, però, en qualsevol cas, gairebé tots ells conclouen que els coneixements de les persones joves són insuficients. Només l'estudi de Fernández-Rouco *et al.* (2019) avalua sis dimensions de la sexualitat humana tenint en compte les identitats sexuals. Tal com afirmen Gruskin *et al.* (2019), s'han d'evitar les intervencions i els estudis sobre la salut sexual centrats exclusivament en les persones joves, les dones o les persones amb diversitat funcional, així com en temes concrets, com ara les ITS, l'orientació o les característiques sexuals. Per tant, quasi no hi ha dades sobre els coneixements i les actituds de les persones joves cap als seus cossos i sexualitats amb una visió integral.

En aquest sentit, cal destacar l'informe «La sexualitat de les dones joves en el context espanyol. Percepcions subjectives i impacte de la formació», dut a terme per l'Institut de les Dones (Pinta i Vázquez, 2022). En aquest, un 50,9% de les dones joves defineixen la sexualitat com «bastant important» en les seves vides, enfront del 25,9% (especialment les joves de menor edat) que apunta que és «poc important». Altres percepcions que recull l'informe tenen a veure amb l'associació de relacions sexuals i amor; per exemple, un 40,6% és contrari al fet que calgui estar enamorada per a mantenir relacions. D'altra

banda, constata que, en el marc de les relacions heterosexuales, només un 24,8% no està d'acord que siguin els homes els qui hagin de portar la iniciativa. Així mateix, conclou que les dones joves mostren una actitud positiva cap al feminisme i tendeixen a qüestionar uns certs elements de les pràctiques sexuals, com ara la penetració «obligatòria» i el parlar de preliminars. En canvi, les participants que tenien relacions amb altres dones van incidir en la persistència de concepcions fal·locèntriques i coitocentristes; de fet, moltes dones defineixen el concepte de «perdre la virginitat» com quelcom homòfob i sexista. També es fa al·lusió a la pressió i l'estigma social viscuts en relació amb l'edat de la primera relació coital, ja que s'experimenta un rebuig social quan ocorre tant si s'és molt jove com si s'és massa gran. Per una altra part, les autores ressalten que més de la meitat de les entrevistades (un 57,7%) afirma haver tingut sexe amb una altra persona sense desitjar-ho. Es tracta d'una conducta associada a les idees de disponibilitat i satisfacció de la parella, fortament vinculades a la desigualtat de gènere. Respecte a la masturbació, diverses participants van reconèixer que no l'havien conegut fins després d'haver tingut relacions sexuals (amb penetració o sense). Aquest fet és indicatiu que la masturbació encara és tabú en molts casos per a les dones. No obstant això, els discursos d'elles demostren una obertura cap a altres pràctiques sexuals, com les joguines sexuals, les disfresses eròtiques, les xerrades organitzades en sex-shops, etc. En conseqüència, fins i tot tenint en compte que les vivències sobre sexualitat de les dones joves han canviat, podem constatar que s'observen vestigis, en major o menor grau, de la societat patriarcal, i que costarà eliminar-los.

Pel que fa a les dades quantitatives, és rellevant la informació aportada per l'Enquesta Nacional sobre Salut Sexual i Anticoncepció entre les persones joves espanyoles (Observatori de Salut Sexual i Reproductiva, 2019). El 73,4% de les persones joves afirma haver mantingut relacions sexuals coitals, i entre les persones joves de 16 a 18 anys, aquesta xifra se situa en el 50,2%. De forma similar, l'enquesta realitzada per l'Agència de Salut Pública de Barcelona, el 2021, indica que la mitjana d'edat d'inici de relacions sexuals amb penetració és els 15 anys (Sánchez-Ledesma *et al.*, 2021). En aquesta, es pot observar que el tipus de preguntes realitzades a les persones joves s'adhereix al model hegemònic, que se centra en el coit i no valora altres pràctiques i situacions. A més, considera que la primera relació sexual ocorre quan hi ha una relació amb penetració, sense tenir en compte que les relacions sexuals comencen molt abans, tal com ja s'ha especificat anteriorment.

3.5.3. Salut

3.5.3.1. Infeccions de transmissió sexual

Històricament, i encara en l'actualitat, la majoria dels programes i les intervencions d'educació sexual s'han centrat en les conductes de risc associades a la sexualitat. Això no obstant, malgrat que no s'han de minimitzar, els riscos no poden ser el focus principal de les intervencions, perquè l'enfocament de riscos, basat en la por, contribueix a l'estigmatització. N'és un exemple d'això els programes centrats exclusivament en l'abstinència, els quals han tingut molta difusió en països com els Estats Units. D'altra banda, l'abordatge de les ITS ha de tenir en compte estratègies per a la

prevenció primària, la secundària i la terciària. Així mateix, s'han de tenir presents els factors de caràcter estructural que afavoreixen l'aparició i el manteniment de situacions de vulnerabilitat relacionades amb la detecció i el tractament de les ITS (Creació Positiva i SIDA STUDI, 2020). En aquest sentit, existeixen situacions de desigualtat quan, a causa de la falta d'estudis específics, les dones bisexuals i les lesbianes no reben informació suficient sobre les ITS i tenen més probabilitats de rebre un diagnòstic tardà d'aquestes, donat que no es fan algunes proves importants: com que no hi ha penetració vaginal, es presumeix que el risc de transmissió és menor. L'Informe 2022 de l'Observatori de Drets Sexuals i Reproductius reflecteix que els casos relacionats amb les ITS ocupen el quart lloc entre les vulneracions dels drets sexuals i reproductius registrades. Una de les situacions més habituals, com s'ha apuntat, és no abordar de manera urgent una possible ITS, però també ho són els judicis de valor i els prejudicis sobre una persona i, de forma més ocasional, s'han reportat casos en què, per exemple, s'ha denegat un cribratge per tractar-se de relacions entre dues dones cis, no s'ha disposat de la prova ràpida del VIH en farmàcies d'algunes poblacions o s'ha obstaculitzat l'accés a un tractament profilàctic per no tenir la targeta sanitària.

D'altra banda, l'estigma i la discriminació continuen afectant les persones que conviuen amb el VIH o amb una ITS (Wood i Aggleton, 2004). I diversos factors hi estan implicats, com el desconeixement de la malaltia i, en conseqüència, del seu contagi, els problemes d'accés als tractaments, la influència dels mitjans de comunicació, i els prejudicis i les pors que encara envolten la sexualitat. A més, actualment persisteix l'associació negativa del VIH amb conductes com la prostitució, l'ús de drogues o l'homosexualitat i la transsexualitat. L'estigma pot derivar en la discriminació i, per tant, en la violació dels drets humans. Al seu torn, aquesta discriminació pot donar-se tant en l'àmbit familiar i comunitari com en l'àmbit institucional, de forma que tindria greus conseqüències en la salut sexual i reproductiva d'aquestes persones i d'aquelles que les cuiden o dels seus familiars. Aquesta discriminació serà interseccional, i inclourà l'ètnia, la diversitat funcional, l'orientació i l'estatus socioeconòmic (UNAIDS, 2021). Fuster-Ruiz de Apodaca i Prats (2022) van analitzar el grau d'estigma públic a Espanya l'any 2021 i van comparar-ne l'evolució des de 2008. Els resultats van mostrar que la majoria dels indicadors sobre l'estigma havien descendit significativament. No obstant això, el 2021, un 17% de la població tenia la intenció d'evitar el contacte amb una persona amb VIH i un 10% va afirmar que no desitjava relacionar-se amb persones amb VIH. Les variables que produïen l'estigma eren les mateixes que en el 2008, i destacaven les creences errònies sobre el contagi i la por envers el VIH i la SIDA. En qualsevol cas, tot això indica l'existència d'àrees clau, i cal crear intervencions que permetin reduir aquest estigma.

Respecte a les dades, les ITS de declaració obligatòria (sífilis, gonocòccia i limfogranuloma veneri, clamídia) van tenir una tendència creixent durant el 2021 a Barcelona. Aquest augment contrasta amb el descens en la incidència del VIH, que va ser de 2,7 casos per cada 100.000 dones i de 18,5 casos per cada 100.000 homes. Aquestes taxes estan per sota de les xifres fixades com a objectius de l'Agenda ODS 2030 (Carrere et al., 2023).

3.5.3.1. Ús d'anticonceptius

Avui dia disposem d'una gran varietat de mètodes anticonceptius. D'una banda, hi ha els anticonceptius de barrera, els quals són els únics que protegeixen de les ITS; en destaquen el preservatiu intern i l'extern, el diafragma i les barreres de làtex per a la pràctica de sexe oral. D'altra banda, hi ha els mètodes hormonals, que tenen diferents vies d'administració: pastilles orals, anells vaginals, dispositius intrauterins (DIU), pegats, implants i injectables. També existeixen els mètodes quirúrgics, com la lligadura de trompes i la vasectomia, i els naturals. Finalment, cal considerar els anticonceptius reversibles i de llarga durada (LARC), que són mètodes reversibles prescrits i col·locats per professionals sanitaris i eviten l'embaràs durant un mínim de tres anys, encara que poden retirar-se abans. En podem destacar el DIU hormonal, el DIU de coure i l'implant subcutani (Generalitat de Catalunya, 2023).

L'any 2019, el mètode més utilitzat entre les persones joves a Espanya va ser el preservatiu extern (52%). De fet, l'estudi de Llamas Reineró *et al.* (2023) sobre les dones migrants a Catalunya coincideix en aquesta afirmació. En segon lloc, se situa l'ús de la píndola anticonceptiva (22,8%) i, en tercer lloc, el coitus interruptus (4,2%). El 76,4% de les persones joves utilitza mètodes anticonceptius en totes les seves relacions sexuals. La principal raó de no usar-ho és la pràctica de sexe oral (59,1%). El 25,6% de la mostra ha hagut de recórrer a la píndola d'urgència (coneguda com a "anticonceptiu postcoital" o "píndola de l'endemà"), una xifra que s'amplia fins al 29,7% quan són les dones qui responen (Observatori de Salut Sexual i Reproductiva, 2019). Segons l'OMS (2018), els anticonceptius han significat un gran avenç en l'autonomia de les persones, però l'accés a la informació i els recursos encara és desigual. D'altra banda, existeix un biaix de gènere, ja que la responsabilitat de la gestió dels mètodes anticonceptius normalment recau en les dones. En els últims anys, la recerca s'ha centrat exclusivament en el desenvolupament de mètodes anticonceptius femenins, i els mètodes de barrera i la vasectomia són els únics mètodes disponibles per a la població masculina. En l'actualitat, hi ha mètodes hormonals masculins en etapes de recerca avançades; tanmateix, però no estan disponibles en el mercat perquè no s'ha aconseguit la suficient evidència que en recolzi la comercialització (Baralis *et al.*, 2021).

La recent Llei orgànica 1/2023, de 28 de febrer, per la qual es modifica la Llei orgànica 2/2010, estableix que es garantirà el finançament dels anticonceptius hormonals, inclosos els anticonceptius reversibles i de llarga durada (LARC), i que es dispensarà de manera gratuïta l'anticoncepció d'urgència. Això no obstant, continua havent-hi desigualtats en l'accés. Amb tot, cal tenir en compte que els programes de finançament dels anticonceptius són autonòmics. En el cas de Catalunya, únicament es finança l'anticoncepció d'urgència i alguns anticonceptius hormonals orals (De Francisco, 2022). En aquest sentit, la Generalitat de Catalunya ha anunciat que finançarà de manera gratuïta els LARC per a les dones, els homes trans* i les persones no binàries menors de 29 anys que hagin hagut de fer una interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) o que es trobin en situació de vulnerabilitat, tal com es detalla en el «Pla de millora de l'accés als mètodes anticonceptius de llarga durada» (Burgos *et al.*, 2023). El Pla inclou el DIU de coure i l'implant subdèrmic.

En tot cas, moltes persones no poden accedir als anticonceptius més recomanables per a la seva salut, i d'aquesta manera es produeix un biaix en les consultes, donat que en els serveis de planificació familiar només s'ofereixen els anticonceptius finançats. Per altra part, pot donar-se la situació contrària: imposar els LARC a persones amb pocs recursos econòmics, amb diversitat funcional o adolescents tutelades pels serveis socials, amb la qual cosa es vulneraria el seu dret a decidir sobre la reproducció.

Pel que fa a l'anticoncepció d'urgència, l'Agència de Salut Pública de Catalunya ha actualitzat el Protocol de l'anticoncepció d'urgència, que estableix les pautes per a la seva dispensació gratuïta en centres sanitaris i amb pagament en farmàcies. Actualment, es considera que les úniques situacions que justifiquen no aconsellar l'anticoncepció d'urgència l'absència de coït en dies previs i en aquells casos en què hi ha hagut confirmació diagnòstica d'embaràs (Generalitat de Catalunya, 2022). L'última dada estimativa de què es té constància sobre el nombre de píndoles lliurades en un any, de 2018, ha estat d'un total de 941 píndoles, segons la xarxa de farmàcies sentinella de Catalunya. Si extrapolem les dades a tot el territori, amb 3.200 oficines de farmàcia a Catalunya, s'estima que se n'han dispensat al voltant de 53.000 unitats (Generalitat de Catalunya, 2022). No obstant això, l'Observatori de Drets Sexuals i Reproductius (2022) informa d'algunes farmàcies que n'han negat la dispensació per diversos motius, com l'ús recent, les limitacions horàries, l'edat o l'objecció de consciència. D'altra banda, persisteix la creença errònia que aquest anticonceptiu ha de ser dispensat després d'una valoració mèdica. Això implicaria una vulneració dels drets sexuals i reproductius, tal com indica la Llei 17/2020 sobre violències masclistes.

3.5.3.2. Salut i drets reproductius

Totes les persones tenen l'opció de decidir lliurement el nombre de criatures que desitgen tenir, l'interval entre elles i quan tenir-les. I això inclou el dret a decidir no tenir criatures. Per garantir aquests drets, l'accés a l'anticoncepció minimitza el risc d'un embaràs no planificat. Així mateix, els serveis sanitaris permeten reduir possibles problemes en l'embaràs, com ara la prematuritat, el pes baix i la mortalitat infantil i maternal.

A pesar de tot, els drets reproductius no sempre estan garantits, especialment per al col·lectiu LGTBI i per a les dones amb diversitat funcional. En aquest sentit, des del col·lectiu LGTBI s'ha qüestionat el paradigma tradicional de la salut reproductiva, basat en les famílies heterosexuales, perquè perpetua estereotips excloents. El sistema patriarcal, heterosexual i lesbofòbic oprimeix a les dones lesbianes, ja que, com a dones, s'espera que tinguin filles i fills, però com a lesbianes es posa en dubte que hagin de ser mares (Fernández-Garrido, 2017). I aquests mateixos arguments també s'apliquen a les famílies homoparentals i monoparentals. Per tot això, Pérez de la Merced (2018) assenyalava la necessitat de «diversitar» la maternitat. Així mateix, les persones amb diversitat funcional, i especialment les dones, sofreixen l'estigmatització i les conseqüències dels mites sobre la seva sexualitat, així com la resistència a reconèixer la seva capacitat de ser mares (Pérez de la Merced, 2018). Malgrat aquestes barreres i creences, les dones amb diversitat funcional són capaces

de superar els estereotips i poden dur a terme la maternitat que la societat els nega, tal com demostra l'estudi de Malacrida (2009).

Embaràs, part i puerperi

Segons l'informe de Carrere *et al.* (2023), l'any 2021 els embarassos van disminuir a Barcelona. L'edat mitjana de maternitat es va elevar fins als 34 anys, sent més alta en les persones nascudes a Espanya (35,6 anys) que en les procedents d'altres països (32,4 anys). A Catalunya, la taxa de fecunditat va ser d'1,53 fills o filles per persona gestant el 2008 i d'1,21 des de 2020, d'acord amb les dades de l'Institut Nacional d'Estadística. A aquestes dades cal afegir un nombre reduït de criatures per persona gestant, la qual cosa indica les dificultats de les persones per decidir tenir descendència, donades les dificultats econòmiques per afrontar aquesta etapa vital en condicions adequades. En aquest cas, el retard de la maternitat per raons socioeconòmiques té com a conseqüència la disminució de la fertilitat i més riscos en l'embaràs i en el part.

De totes maneres, la baixa natalitat no només es relaciona amb les dificultats socioeconòmiques. Álvarez (2023) aborda el descens de natalitat a Espanya analitzant les desigualtats de gènere que es produeixen en l'àmbit laboral i en el domèstic. En el cas de les parelles heterosexuales, els homes no assumeixen les feines de casa de la mateixa forma que les dones es van incorporar al món laboral en els anys vuitanta. Per la seva part, Álvarez i Marri (2021) afirmen que, a Espanya, les persones que tenen descendència perden llibertat i autonomia. La cura de les criatures pertany a allò que és tradicional i a l'esfera privada. D'altra banda, ja que la maternitat s'observa com una decisió individual, l'Estat queda absolt de la responsabilitat d'assistir a les famílies des de la perspectiva de les cures, i les mesures se centren en la conciliació laboral al servei del mercat. A això s'uneix el fet que el mercat laboral assenyala la maternitat com a incompatible amb la carrera professional; aquest fet porta a retardar el moment de ser mares o directament a decidir no ser-ho, la qual cosa comporta una «infertilitat estructural» i implica situacions de doble jornada assumides, principalment, per les dones.

En algunes cultures es dona molta importància a la fecunditat, i tenir un gran nombre de criatures i en edats primerenques és molt valorat. En aquest sentit, algunes dones migrades, o d'ètnies minoritàries, es poden veure obligades a assimilar pautes de comportament de la zona a la qual migren i unir-les a les condicions socioeconòmiques i familiars que adquireixen en el país receptor (Nevado-Llopis, 2014). Relacionat amb això, l'estudi de Llamas Reinero *et al.* (2023) evidencia les desigualtats de les dones migrants ateses a Catalunya pels Serveis de Salut Reproductiva. Conclouen que és necessari reconèixer i gestionar les diferències culturals per poder millorar l'atenció de la salut sexual i reproductiva de les dones gestants migrades. En una línia similar, les entrevistes realitzades a persones gestants a Catalunya, el 2018, per l'Observatori de Drets Sexuals i Reproductius, van evidenciar que s'acostuma a qüestionar a les dones d'altres orígens la decisió de tenir diversos fills o filles. Des de la mirada occidental, sovint se sol imposar un control de la natalitat a les dones migrants.

Així doncs, a pesar que l'embaràs i el part són processos biològics, estan influïts culturalment i són diferents en cada societat. Un exemple que il·lustra clarament les diferències entre cultures és que unes certes dones, especialment les procedents de l'Àfrica subsahariana i d'Àsia, no volen establir contacte amb el nounat immediatament després del part. Això sol ser interpretat per les persones professionals sanitàries com una falta d'afecte i resulta totalment incomprendible. Tanmateix, aquesta manca de contacte es deu a un desig de protecció. En aquest cas, això evidencia com es poden arribar a malinterpretar comportaments d'altres persones si es valoren des dels referents de la cultura pròpia. Per tant, s'ha d'informar les dones gestants dels beneficis del contacte prematur amb el nounat, però ha de ser la mateixa mare qui decideixi quan establir-lo (Nevado-Llopis, 2014).

Com ja s'ha apuntat anteriorment, la Llei 17/2020 incorpora el concepte de violència obstètrica com una mena de violència masclista. Normalment, aquesta es dona en el part, i una de les seves causes és la patologització del procés. Com que es considera una forma de violència, la medicalització de l'embaràs i del part i les seves conseqüències han estat investigades en diversos estudis (Belli, 2013; Castro i Eveti, 2015; Díaz-Tello, 2016). Es tracta d'un procés que s'ha desenvolupat de manera diferent en cada país, a partir de la categorització del risc del part com a baix, mitjà i alt. El model tecnocràtic o industrialitzat (Sala, 2020) se centra en els resultats i deixa de costat l'experiència de la dona en el part i dels seus bebès en el naixement, i això es percep com un procés deshumanitzat. Això ha generat un debat internacional en relació amb la violència obstètrica i la humanització de l'atenció de la salut. I és que una gran part de les persones embarassades són sotmeses, almenys, a una intervenció clínica, com la inducció del part, l'administració d'oxitocina, una cesària, una episiotomia o un part instrumental. Altres tècniques rutinàries, i sovint no efectives i fins i tot nocives, són el rasurat perineal, els ènemes, l'amniotomia com a mètode d'inducció al part i l'administració d'antibiòtics i d'antiespasmòdics. En realitat, aquestes intervencions són necessàries en uns certs casos, però actualment es duen a terme sense atendre les necessitats de cada persona gestant. En definitiva, cada part és únic i divers. Considerant tot això, és evident que s'han d'abandonar determinats protocols i estàndards; n'és un exemple la dilatació del coll de l'úter, ja que un procés de dilatació lent no necessàriament implica que s'hagi d'intervenir mèdicament per accelerar l'expulsió (WHO, 2018b). Una altra intervenció problemàtica són les cesàries. Els resultats mostren que, a Espanya, entre els anys 2010 i 2018, el percentatge de cesàries va ascendir fins al 25,2%, que és un 10% superior al recomanat pels organismes internacionals. De totes maneres, existeix una gran variabilitat entre comunitats autònomes, la qual cosa implica que el risc de les cesàries es duplica en unes certes regions. Si bé les taxes més elevades es van donar en les dones de més de 40 anys (que van donar a llum entre setmana), no cal rebutjar el fet que també afecta les joves. Extremadura, la Comunitat Valenciana, Catalunya i Melilla són les comunitats amb un percentatge més elevat de cesàries (Alonso-Colon i Ramis-Prieto, 2023). A Barcelona, el 36% dels parts van ser per cesària, mentre que a la totalitat de Catalunya aquesta dada va aconseguir gairebé el 27% (Carrere et al., 2023; Vicente, 2023). Tenint tot això present, l'OMS (WHO, 2018b) ha formulat 56 recomanacions per reduir les intervencions innecessàries en els parts, i d'aquesta manera promou un

enfocament holístic centrat en la persona gestant. D'aquests, en destaquen directrius com la lliure elecció de mètodes per alleujar el dolor, la posició per a donar a llum, l'elecció de l'acompanyant, el tracte respectuós i la comunicació efectiva amb el personal sanitari, així com el respecte a la privacitat (OMS, 2018b).

D'altra banda, cal destacar el paper dels mitjans en la difusió d'imatges que normalitzen les pràctiques associades amb la violència obstètrica (Belinchón, 2023). Com a exemple d'això, recentment s'ha emès un anunci d'un grup financer en el qual es mostra a una dona en un part totalment deshumanitzat. De fet, com que representa la violència obstètrica, aquesta peça visual ha estat rebutjada pel Consell General d'Infermeria. En el vídeo apareix una dona donant a llum al costat de tres infermeres en un ambient quirúrgic, i una d'elles li practica la maniobra Kristeller (es pressiona l'abdomen de la dona) mentre li crida que faci força perquè surti el bebè.

Un altre estudi, en aquest cas de Pereira *et al.* (2022), va analitzar l'evidència científica disponible sobre les experiències de les persones trans* durant l'embaràs, el part i el postpart. Van concloure que aquestes experiències van estar associades a diversos impactes psicològics. Les persones professionals sanitàries que els van proporcionar atenció no estaven prou formades per atendre les seves necessitats, a causa del manteniment del model cisheteronormatiu de salut. El fet de no sentir-se compreses incrementava les pors de les persones trans* a l'hora de donar a llum i el temor a patir una possible violació dels seus drets. Per aquest motiu és necessari incrementar les recerques en aquest àmbit per donar visibilitat als casos existents i aconseguir unes cures comprensives i igualitàries.

A tall de conclusió, és important tenir en compte que la vivència associada al part és diferent en les persones que es troben en la vintena i en aquelles que s'apropen o passen els quaranta, en les diferents cultures, en el marc d'una parella heterosexual, lesbiana o no binària, o com a mare soltera. El propi cos i les circumstàncies de l'entorn no són separables. Per això, s'han de considerar totes aquestes necessitats quan s'atengui cada embaràs (Fausto-Sterling, 2006).

En concret, **la maternitat adolescent** està associada socialment a la dependència econòmica i afectiva, la promiscuïtat i la irresponsabilitat, la qual cosa genera múltiples experiències de discriminació (Ellis-Sloan, 2014). Aprofundint en aquesta qüestió, Gentile *et al.* (2017) van coordinar l'estudi «Relats de mares adolescents a l'Espanya actual», en el qual van fer una recerca qualitativa sobre la maternitat adolescent de 32 joves d'entre 18 i 29 anys. A partir dels seus relats, exposen diverses maneres de percebre i viure la maternitat adolescent, les quals es detallen tot seguit:

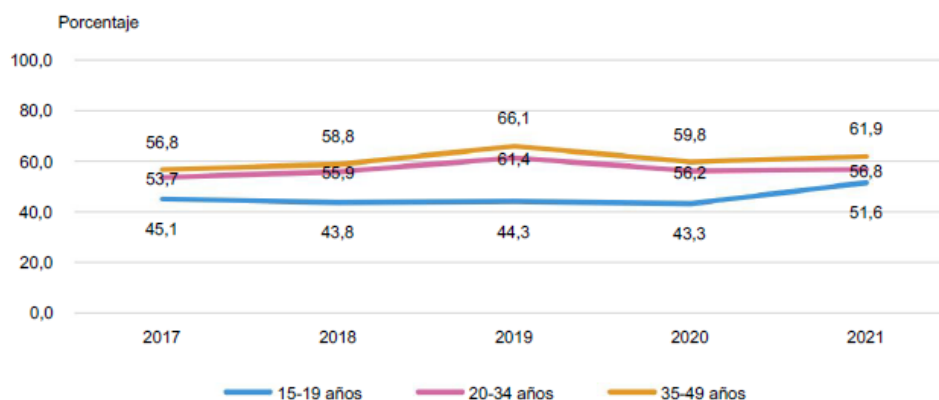
- La maternitat intencional dins d'una parella. Són joves que volen ser mares de manera intencional, encara que en alguns casos ocorre a causa d'elements contextuais, com crisis familiars o la intensitat del primer enamorament.

- La maternitat a conseqüència de pautes culturals i familiars. En determinades cultures les dones tenen fills ràpidament, i continuen tenint-los fins que formen famílies nombroses.
- La maternitat com a efecte indesitjat d'una relació de parella violenta. L'embaràs és una conseqüència d'una situació d'abús i de violència.
- La maternitat en dones procedents de contextos de vulnerabilitat social i que busquen canviar el rumb de les seves vides amb la maternitat.
- La maternitat no planificada com a causa de problemes en la seva vida. Es tracta de dones que temen que la maternitat afecti els seus projectes de vida i els seus intents d'autonomia i de llibertat de tria.
- La maternitat no planificada com a causant de la consolidació de la parella. Després d'un període de crisi i d'adaptació, les mares s'uneixen més a les seves parelles sentimentals per afrontar aquesta nova etapa.

Aquest tipus d'estudis mantenen una perspectiva crítica de l'adolescència com a etapa immadura, és a dir, replantegen la concepció predominant i errònia de l'adolescència com a etapa problemàtica. A més a més, ajuden a entendre el procés resiliat d'aquestes joves i a identificar les mancances encara existents pel que fa als recursos socials, econòmics i afectiu-emocionals que se'ls destinen.

D'altra banda, el **puerperi** és un període complex i vulnerable per a la persona amb úter, ja que es pot veure afectada per canvis d'humor, ansietat i problemes de salut mental. Això serà degut a la conjunció de diversos factors com ara l'esgotament per les exigències físiques de la recent maternitat, i pels canvis hormonals, emocionals i socials. Aquest fet pot exacerbar-se per les desigualtats de gènere anteriorment descrites, així com en la maternitat adolescent. Per aquesta raó, a Barcelona, les unitats d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR) valoren l'estat emocional de les mares durant el puerperi. Seguidament, la Figura 1 mostra la proporció de puèrperes que van ser ateses en els ASSIR des de 2017. S'hi pot observar l'increment del percentatge de valoracions a mares adolescents, i, també, el descens de consultes l'any 2020, a causa de la pandèmia. Així i tot, és necessari incrementar la xifra de valoracions per intentar arribar a totes les dones. L'estudi no especifica si existeix algun determinant social que expliqui el percentatge de dones que no van ser valorades.

Figura 1. Percentatge de dones que van ser ateses per les ASSIR en el puerperi.



Font: Carrere et al. (2023).

Així mateix, és important la primera revisió postpart, en la qual la matrona comprova l'estat de salut de la mare i a més es valora la lactància i s'acompanya a la dona en l'adaptació a aquest període. En 2021, el 64% de les dones d'entre 15 i 49 anys van rebre aquesta atenció.

L'estudi dut a terme per Llamas Reinero et al. (2023) va establir que la participació més alta en les activitats grupals sobre el puerperi i la lactància venia per part de les espanyoles, les llatinoamericanes i les europees, en contraposició amb altres grups poblacionals. Les raons per no assistir a aquestes formacions solen ser la incompatibilitat d'horaris, el desconeixement sobre l'existència de la intervenció i l'idioma vehicular del taller. En relació amb l'últim punt, habitualment no es disposa de mediació que pugui resoldre aquesta barrera lingüística; els tallers estan orientats a la gestant autòctona i no inclouen la diversitat existent.

Un altre dels aspectes que cobra gran importància en el puerperi és la **lactància materna** (LM). Es tracta d'un fenomen complex influenciat per factors biològics, psicològics i socials, i que ha canviat i evolucionat al llarg de la història. L'OMS recomana la lactància exclusiva durant els sis primers mesos de vida del bebè, però es pot estendre fins als dos anys de manera complementària o fins que la mare i la criatura ho desitgin. No obstant això, al mateix temps que s'exigeix la lactància prolongada fins als dos anys, hi ha una fallada important de les polítiques de conciliació (De Dios-Aguado et al., 2021). Per la seva part, en la seva revisió sobre LM amb perspectiva de gènere, Vázquez-Herrero i De Anta-Rodríguez (2020) assenyalen que, en l'actualitat, paradoxalment, les dones s'enfronten a crítiques tant si opten per la LM com si decideixen donar lactància artificial. A això se suma el rebuig que encara perdura quan les dones lacten en públic. Els serveis sanitaris promouen la LM, però en part resten autonomia a les dones perquè no les deixen decidir lliurement. A més, la LM encara està molt influïda pel model heteropatriarcal, donat que es continua associant amb la dona heterosexual i es deixen de costat les noves estructures familiars allunyades del matrimoni tradicional. De fet, les limitacions de la revisió assenyalen que són necessàries més recerques que aprofundeixin en la diversitat de la LM, incloent-hi mares lesbianes, famílies monoparentals femenines, mares acollidores, etc. D'altra banda,

L'heteropatriarcat i el paternalisme mèdic culpabilitzen exclusivament a la dona del fracàs de la LM, en comptes d'assumir la lactància com un compromís familiar i una responsabilitat social. A conseqüència de tot això, dins del moviment anomenat «lactivisme», han sorgit associacions per revalorar els cossos i els coneixements de les dones. Els seus discursos activen un debat complex des de la perspectiva de gènere, ja que, encara que destaquen l'empoderament femení, algunes autores mostren que es fomenta el determinisme biològic i la distribució de rols en funció del gènere. No obstant això, un dels seus principals objectius és tornar a col·locar a les dones en el centre de la LM, de manera que elles mateixes escriguin els discursos des de les seves experiències.

Tècniques de reproducció assistida

L'any 2019, el 18,7% de les persones amb capacitat gestant a Barcelona van utilitzar tècniques de reproducció assistida (TRA), tot i que va ser més habitual en persones amb assegurança privada (24,2%) que en aquelles que van recórrer a la sanitat pública (12,5%). Això és degut a les dificultats i les dures condicions d'accés a aquesta mena de tècniques a través de la sanitat pública (Carrere *et al.*, 2023). Segons l'Institut Nacional d'Estadística (INE), el 4,3% de les persones menors de 30 anys es van sotmetre a un tractament de reproducció assistida durant l'any 2018, i les tècniques més utilitzades van ser la fecundació in vitro i la inseminació artificial. Amb tot, si no es compleixen els requisits d'accés ni es tenen els suficients recursos, no es pot fer ús d'aquestes tècniques, i la situació genera discriminació. Malgrat que la Llei 14/2006 sobre tècniques de reproducció humana assistida estableix que «la dona podrà ser usuària o receptora de les tècniques regulades en aquesta Llei amb independència del seu estat civil i orientació sexual», l'Ordre ministerial SSI/2065/2014 estableix com a criteri d'accés «l'absència de consecució d'embaràs després d'un mínim de dotze mesos de relacions sexuals amb coit vaginal sense ús de mètodes anticonceptius». Aquesta definició deixa fora a les parelles d'un mateix sexe i a les persones amb capacitat gestant i sense parella. No obstant això, a Catalunya, en el document «Criteris d'accés a les tècniques de reproducció humana assistida a Catalunya» (Departament de Salut, 2023) es defineixen els requisits que han de complir les persones que hi vulguin accedir i estableix tant les proves diagnòstiques com les tècniques disponibles en els centres de la xarxa pública catalana. Aquest protocol s'ha elaborat com a resposta al Pla de salut afectiva, sexual i reproductiva, ja que una de les seves línies estratègiques és la millora en l'accés a les TRA. El protocol estableix que l'accés a l'estudi i a les TRA pot ser igualment per a parelles i per a dones o homes trans* amb capacitat gestant sense parella. Tanmateix, determinades tècniques generen desigualtats específiques. Per exemple, la crioconservació de gàmetes només s'ofereix a les dones sota tractament mèdic i no a aquelles que decideixen retardar la seva maternitat. Això també està disponible per als homes trans* que hagin iniciat un tractament hormonal (Polo *et al.*, 2023). D'altra banda, la tècnica del rentat de semen va permetre que moltes persones amb VIH poguessin tenir descendència, tot i que també va generar desigualtats d'accés per a moltes parelles. En tot cas, l'eficàcia dels antiretrovirals que existeixen actualment limita el risc de transmissió (Creació Positiva i SIDA STUDI, 2020).

Per una altra part, existeix una tensió constant en la concepció d'un l'embaràs a través de la por: s'educa en el temor a un embaràs no planificat i, de sobte, associat amb l'edat, se sofreix un brusc canvi de pensament i la por es trasllada a la possibilitat de no poder tenir criatures. D'aquí sorgeix la importància del dret a planificar la salut reproductiva i estar informades sobre aquesta, ja que les dones cis i heterosexuales no disposen de la suficient informació sobre l'endometriosis o sobre la disminució de la reserva ovàrica a partir dels 35 anys. De fet, les dones que congelen els seus òvuls solen fer-ho de manera tardana, passada l'edat límit recomanada. A pesar d'això, també és necessari saber que la qualitat del semen depèn de factors com el tabac, l'alimentació, el sedentarisme o l'obesitat, entre altres. Si, malgrat tot això, no s'aconsegueix la gestació, es pot recórrer a l'ovodonació, en la qual una dona jove decideix donar òvuls de manera altruista (García-Abadillo, 2021).

Interrupció voluntària de l'embaràs

La Llei orgànica 1/2023, de 28 de febrer, per la qual es modifica la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, pretén garantir l'accés a la IVE en centres públics i eliminar la necessitat d'un consentiment per a les joves de 16 i 17 anys i les persones amb diversitat funcional, part de les seves famílies i persones tutores. A més, s'elimina el termini de tres dies de reflexió que establia la Llei 2/2010 i deixa de ser obligatori rebre informació sobre recursos per continuar amb l'embaràs; ara aquesta només es proporcionarà si la persona vol. També s'estableix la creació d'un registre d'objectors de consciència i es garanteix la seva seguretat jurídica. La Societat Espanyola de Contracepció està treballant, juntament amb el Ministeri de Sanitat, per elaborar aquest registre amb la finalitat que totes les comunitats ofereixin un format similar i s'evitin diferències entre territoris. Això és causat pel fet que l'externalització de les IVE per l'objecció de consciència del personal sanitari ha estat una pràctica generalitzada en la majoria de les comunitats autònomes (de les 90.189 IVE que van tenir lloc el 2021 a Espanya, 14.125 van fer-se en centres públics, i 76.064, en privats). Aquest fet sol implicar el desplaçament obligatori de la dona a un altre hospital, i així es generen desigualtats territorials. Cantàbria, Illes Balears i Catalunya són les úniques comunitats on el percentatge d'externalització no arriba a la meitat dels casos. No obstant això, en altres com Castella i Lleó no existeix un document públic ni hi ha estadístiques oficials que justifiquin la falta de personal sanitari disposat a practicar una IVE (SEC, 2023). Tot això ocorre malgrat que la nova Llei orgànica 1/2023 es compromet a garantir el dret d'IVE sense necessitat de desplaçaments territorials, a través d'un registre d'objectors que garanteixi el personal sanitari necessari.

Catalunya va ser pionera en la implementació del mètode farmacològic (ús de fàrmacs per a interrompre l'embaràs) en la IVE fins a la setmana 9 de gestació en el sistema públic d'atenció primària. L'any 2020, el 77,54% de les IVE fins a la setmana 14 a Catalunya es van realitzar amb un mètode farmacològic en els serveis ASSIR (Avilés et al., 2022). D'altra banda, l'any 2021, es van produir 13,7 IVE a Barcelona per cada 1.000 dones d'entre 15 i 49 anys. La taxa d'IVE en les joves d'entre 15 i 19 anys va ser de 12,3, la més alta en els últims quinze anys.

En canvi, el percentatge d'IVE és més elevat entre les dones procedents de països del Sud Global, les dones joves i les dones que tenen menys nivell d'estudis. El 74,4% de les intervencions van ser finançades públicament, encara que aquest percentatge disminueix a mesura que augmenta l'edat de les dones. D'altra banda, el 80% dels embarassos de noies adolescents a Barcelona van acabar en una IVE. Això no obstant, la xifra és més alta en les joves nascudes a Espanya (85,7%) enfront de les nascudes en països del Sud Global (69,3%). Sigui com sigui, no es disposa de les suficients dades sobre les raons per interrompre l'embaràs o per continuar endavant amb la gestació, des d'una perspectiva interseccional. En tot cas, la revisió de Danet-Danet (2021) indica que les dones amb menys recursos econòmics, formatius i socials tenen menys accés a la IVE.

En la revisió sistemàtica sobre les vivències emocionals de les dones entorn de la IVE (Danet-Danet, 2021), es van identificar diversos factors determinants, com ara l'accés i els temps d'espera, la interacció amb el personal sanitari, i aspectes individuals, relacionals i socioculturals, els quals estan vertebrats per desigualtats de gènere. I les principals dificultats emocionals es relacionaven amb la presa de decisions, els conflictes ètics, l'estigma, i la relació amb l'entorn sanitari i sociofamiliar. L'estudi va establir la persistència de biaixos de gènere en l'assistència sanitària a les dones a causa d'una excessiva generalització de l'atenció, sense atendre les necessitats i les expectatives individuals. De fet, les vulneracions dels drets sexuals que més es van registrar l'any 2022 en l'Observatori de Drets Sexuals i Reproductius van ser les relacionades amb les IVE. A més, s'hi inclouen les dificultats en l'accés, la manca d'informació adequada sobre el procés i per triar el mètode adequat, i el tracte poc respectuós durant el tractament (Observatori de Drets Sexuals i Reproductius, 2022). Algunes persones gestants migrants, en arribar a Catalunya, no disposen de prou informació, i per això no acudeixen al centre de salut ni accedeixen a altres serveis, ja que pensen que no poden fer-ho. És important que des del mateix sistema s'aclareixin els circuits d'accés al sistema de salut. En l'estudi de Llamas i Brigidi (2022), s'evidencia la confusió existent respecte a la cobertura sanitària de les persones migrades, especialment d'aquelles que no estan empadronades o no tenen un CIF provisional. Per tant, cal aclarir que, encara que no es tingui la targeta sanitària catalana, també és possible realitzar l'IVE de manera legal i gratuïta. Per poder obtenir la targeta sanitària, és necessari l'empadronament, però també hi ha l'opció d'emplenar un document de declaració responsable sobre la falta de recursos per sufragar les despeses; no obstant això, no tots els centres coneixen aquest document, així que és recomanable portar-lo. Tota aquesta informació es troba en la pàgina quieroabortar.org, gestionada per l'Associació de Drets Sexuals i Reproductius.

Per acabar aquest punt, recentment s'ha publicat un nou protocol que incorpora nous coneixements i amplia el termini de gestació per a la utilització del mètode farmacològic. Així mateix, es remarca que és la dona qui ha d'escollir sotmetre's a una IVE en el primer trimestre de l'embaràs, després d'haver rebut informació adequada sobre tots dos mètodes. També es proposen millores en l'acompanyament i s'inclouen recomanacions per a l'assessorament contraceptiu posterior a l'IVE (Avilés et al., 2022).

3.5.3.3. Malalties i salut sexual

El diagnòstic d'un càncer o d'altres malalties cròniques pot afectar notablement la sexualitat de les persones. Tot i això, les causes es derivaran de factors físics i psicològics; és a dir, un mateix procés físic pot tenir efectes totalment diferents sobre diferents persones. No obstant això, la major part de les persones que sofreix alteracions en la seva salut sexual, derivades d'una altra malaltia, no expressarà obertament aquests problemes (Alonso-Álvaro, 2007). Els factors físics inclouen els aspectes propis de la malaltia (diabetis, càncer, etc.) i els tractaments emprats (mastectomia, orquiectomia, medicació, etc.), mentre que els factors psicològics estan associats a problemes d'autoestima, d'ansietat i de depressió. De fet, segons un informe del Consell Nacional de la Joventut a Catalunya (CNJC) i del moviment Salut Mental de Catalunya (SMC), una de cada set joves a Catalunya té un problema de salut mental. Les persones d'entre els 18 i els 34 anys són les que més visiten els centres i els serveis de salut mental. En l'informe, totes dues entitats constaten l'existència d'una situació que qualifiquen d'«emergència juvenil» en matèria de salut mental (CNJC i SMC, 2023).

En aquest context, cal destacar les malalties d'alta prevalença en dones i persones amb úter, com l'**endometriosi**, a les quals gairebé no s'ha dedicat atenció mèdica; això té com a conseqüència un escàs coneixement en l'actualitat. Es tracta d'una malaltia en la qual hi ha teixit endometrial fora de l'úter i que provoca forts dolors menstruals i en el coit, entre altres símptomes com la distensió abdominal, nàusees, fatiga, ansietat i infertilitat. El diagnòstic acostuma a demorar-se, donat que encara predomina el tòpic que el dolor menstrual és normal (Aránguez, 2018). Segons l'OMS (2023), l'endometriosi afecta a 190 milions de dones i nenes en edat reproductiva a tot el món. En el seu estudi, Aránguez (2018) identifica diversos biaixos sexistes que es produeixen en les polítiques públiques i en les recerques mèdiques en relació amb l'endometriosi. D'una banda, les dones queden reduïdes a la seva capacitat reproductora, sense parar esment a altres aspectes de salut. En concret, és normal diagnosticar l'endometriosi quan apareix la infertilitat, la qual cosa demostra que les queixes de les dones per dolor solen tenir menys transcendència social. Això també genera que la seva incidència no es representi de manera adequada en les estadístiques, ja que en els comunicats de baixa laboral sol esmentar-se com a «dismenorrea» (dolor menstrual). A més a més, se n'han fet poques recerques i en els assajos clínics no s'inclou una mostra representativa de dones, per això, no existeixen fàrmacs especialment dissenyats per a l'endometriosi. Finalment, conclou que la vulnerabilitat de les dones amb endometriosi no ha de ser estigmatitzada, però tampoc ha de silenciar-se. Per tant, la societat i les polítiques públiques han de fer els ajustaments organitzatius pertinents i, al seu torn, la ciència ha d'aprofundir en la malaltia i en el seu tractament. En aquest sentit, una de les línies estratègiques del Pla d'atenció a la salut afectiva, sexual i reproductiva de Catalunya és l'atenció a l'endometriosi. Per complir l'objectiu, s'han format 80 professionals ginecòlegs obstetres que desenvolupen la seva labor en els ASSIR. Actualment, s'està elaborant el Pla operatiu per a l'atenció a l'endometriosi a Catalunya (Generalitat de Catalunya, 2022). D'altra banda, la recent Llei orgànica 1/2023, de 28 de febrer, permet que les dones que sofreixen un dolor menstrual incapacitant puguin sol·licitar la baixa laboral.

Segons l'estudi del Grup Espanyol de Pacients amb Càncer, de l'any 2012 (GEPAC, 2012), sobre les necessitats de les persones **supervivents d'un càncer**, el 15% de les persones enquestades eren joves d'entre 25 i 34 anys. L'estudi reflecteix que el 40% del total de la mostra va presentar problemes de sexualitat. No obstant això, un 60% no va obtenir assistència per bregar amb les seves preocupacions en matèria de salut sexual. Per això és necessari valorar adequadament la salut sexual després del diagnòstic d'un càncer i fer-ne un seguiment, sense tenir en compte l'edat, l'activitat sexual, l'orientació sexual o l'existència d'una parella de la persona. L'abordatge de la sexualitat s'ha de dur a terme amb la col·laboració de diferents professionals considerant la implicació emocional, els canvis en la imatge corporal i els tractaments realitzats (Bober *et al.*, 2015; Abdelli *et al.*, 2017). Els cànons estètics poden provocar diferents formes de discriminació en persones que han sofert canvis corporals per culpa de la malaltia o dels tractaments. A més, cal parar esment a com aquests cànons es relacionen amb eixos de desigualtat com el gènere, la diversitat sexual, la racialització, la diversitat funcional i, per descomptat, l'edat (Coll-Planas *et al.*, 2021).

De la mateixa manera, trobem que les intervencions i les campanyes sobre la prevenció de càncers ginecològics són insuficients. En aquest sentit, la Comissió Europea recomana assegurar la igualtat en l'accés als cribratges de càncer. Molina-Barceló *et al.* (2021) van analitzar les desigualtats existents a Espanya en aquest accés, des de 2013 fins a 2020, i van identificar programes que no inclouen alguns col·lectius en la definició de la població diana, i també van detectar que uns altres col·lectius hi tenen poca participació, malgrat sí que estan inclosos. A pesar d'això, van reconèixer diverses intervencions directament orientades a reduir les desigualtats en l'accés als cribratges de càncer. Tanmateix, Fernández-Garrido (2017) alerta d'una disminució de l'esforç terapèutic en la prevenció i el seguiment d'uns certs càncers en les persones trans, ja que els programes de cribratge no estan dissenyats per a les persones amb cossos no normatius; n'és un exemple d'això el cribratge del càncer de mama. En aquest cas, dins del col·lectiu de persones trans, dos tipus de perfils poden quedar exclosos dels sistemes de cribratge poblacional: les persones trans* sotmeses a un tractament hormonal que han desenvolupat teixit mamari i les persones trans* que encara no s'han sotmès a una mastectomia. Per això, és important incrementar les recerques i fer canvis en el sistema de cribratge (Magraner, 2023). Per una altra banda, el cribratge del càncer de cèrvix és el que més implica les persones joves. En relació amb aquest aspecte, els objectius de l'OMS per al 2030 són que el 90% de les nenes estiguin vacunades contra el virus del papil·loma humà abans dels 15 anys, i que el 70% de les dones participin en els programes de cribratge. Recentment, a Espanya, s'ha aconseguit el finançament de la vacuna del virus del papil·loma humà per a les criatures de 12 anys, i a més aquesta vacuna també es finança a Catalunya fins als 26 anys per als homes que tenen relacions sexuals amb altres homes, per a les treballadores i els treballadors sexuals i per a les persones que han sofert abusos sexuals (Generalitat de Catalunya, 2022). Això no obstant, alguns professionals sanitaris no saben de l'existència d'aquests finançaments, i per això es generen diversos obstacles en l'accés (López i García, 2022).

Per un altre costat, diferents estudis aborden les **disfuncions sexuals** en persones amb úter i amb penis des d'una perspectiva medicalitzada, i es

relacionen amb malalties cardiovasculars, càncer i altres patologies. Malgrat això, és interessant l'estudi des d'un enfocament de gènere. Dins del Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals, DSM-V, s'inclouen algunes disfuncions sexuals com l'ejaculació retardada, el trastorn erètil, l'ejaculació precoç o el trastorn orgàsmic femení, entre altres. La manera en què els pacients entenen les disfuncions sexuals en l'estudi d'Olivera *et al.* (2021) es troba associada a l'estructura heterocisnormativa de la societat.

Històricament, els homes han relacionat les disfuncions sexuals amb la pèrdua de les seves capacitats com a éssers humans. Això es deu al fet que els homes relacionaven la seva masculinitat amb el funcionament de l'aparell reproductor masculí. Els autors també van opinar que els mitjans de comunicació i les xarxes socials poden arribar a fer molt de mal, ja que creen uns estàndards inassolibles. En qualsevol cas, el discurs de les persones professionals respecte de les disfuncions sexuals va ser heterogeni. El personal més jove entenia una disfunció sexual com l'afectació del gaudi dels pacients, en lloc d'etiquetar-la com una execució «inadequada». A més, relacionaven els factors psicològics amb les construccions normatives de gènere. En canvi, la resta de professionals la relacionaven exclusivament amb factors fisiològics. D'altra banda, les persones professionals van contemplar les disfuncions sexuals exclusivament en persones heterosexuales i cisgènere. Per tant, resulta evident que és necessari entendre les malalties relacionades amb la salut sexual i reproductiva des d'una perspectiva de gènere no binària i transversal, centrada en cada pacient.

4. Resum

La salut sexual i la salut reproductiva són conceptes diferents, però estan íntimament relacionats. Tot i que la seva conceptualització ha evolucionat i canviat amb el temps, encara avui existeixen discrepàncies en la manera d'abordar-les i promocionar-les. Ambdues es basen en el respecte als drets sexuals i reproductius, i tenen com a objectiu final el benestar físic, mental, social i emocional relacionat amb les sexualitats de totes les persones. Per aconseguir això, s'ha de tenir en compte la varietat d'identitats i de necessitats de cada persona al llarg del cicle vital. Per tant, és imprescindible abordar la salut sexual i reproductiva amb un enfocament positiu des d'una perspectiva interseccional i de gènere. Aquest és un dret que tenen totes les persones; no obstant això, en la joventut apareixen diverses necessitats relacionades amb la salut sexual i reproductiva que actualment no són ateses de manera adequada. Cal tenir present la varietat d'agents que intervenen en la salut sexual i reproductiva de les persones joves, com ara les famílies, l'escola, les institucions sanitàries i la comunitat, la qual inclou el grup d'iguals i els mitjans de comunicació. La legislació i les polítiques públiques també influiran notòriament en el desenvolupament de la salut sexual.

Els elements de la salut sexual i reproductiva abasten el coneixement del propi cos i les identitats i orientacions de gènere, i posen el plaer, el consentiment i el desig en el centre. Així mateix, també dependran del benestar físic i del mental. Tanmateix, hi ha pocs estudis que avaluïn els coneixements i les actituds de les persones joves cap a les sexualitats i el propi cos, la majoria se centren en l'anticoncepció i les infeccions de transmissió sexual (ITS). A més,

molts d'aquests estudis no aprofundeixen en aspectes com l'estigma, les desigualtats estructurals o les característiques socials de les persones implicades, i tampoc aborden el consentiment, ni el plaer, ni la salut mental.

Respecte de la salut reproductiva, és bàsic proporcionar una adequada assistència en les decisions reproductives, siguin prenatales, durant el part o puerperals, on la persona gestant estigui en el centre i pugui estar informada correctament i prengui les seves pròpies decisions. A més, totes les persones amb capacitat gestant tenen dret a la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE). Això no obstant, en tots aquests elements existeixen diversos eixos de desigualtat que afecten persones amb diversitat funcional, els col·lectius LGTBI, les persones joves, les dones i les persones de classe social baixa o racialitzades, entre altres. Una de les conseqüències d'aquestes desigualtats és l'aparició de violències que impedeixen l'abast dels drets humans. Per tant, cal incrementar la recerca sobre la salut sexual i reproductiva des d'un enfocament integral per a, així, poder promoure polítiques i intervencions efectives per a totes les persones joves. Aquestes recerques han de ser dutes a terme per professionals de diferents disciplines, de manera que s'abastin tots els àmbits de la salut sexual i reproductiva.

5. Implicacions per a la pràctica

Per poder prendre decisions sobre la nostra salut sexual, necessitem informació basada en l'evidència científica disponible. Per tal d'utilitzar aquesta informació, s'han de complir els drets anteriorment plantejats.

La promoció de la salut sexual i reproductiva des d'un enfocament de drets i de manera integral requereix polítiques sòlides i una promoció de base global, nacional i local. Això permetrà exigir la igualtat d'oportunitats i de drets per a totes les persones, augmentar la inversió en serveis de salut sexual amb un enfocament integral i impartir una educació sexual de qualitat des de la infància. Per assolir aquesta finalitat, s'hi han d'implicar organitzacions i associacions, centres educatius, mitjans de comunicació, personal investigador, i institucions i serveis de salut. La implementació de les intervencions amb una perspectiva interseccional, multidisciplinària i multisectorial és essencial per aconseguir que aquestes institucions rebin suport i finançament en l'àmbit local. De fet, la comprensió dels progressos i de les dificultats és bàsica per poder continuar avançant. Per aquesta raó és tan important l'evidència sobre la salut sexual i reproductiva i les seves intervencions, i també són essencials les recerques, que han de dur-se a terme mitjançant la col·laboració de professionals de diferents camps i disciplines. En relació amb això, la formació de les persones formadores és fonamental i s'han de dissenyar estratègies per a això. D'altra banda, l'avaluació de les intervencions permetrà aplicar millores en la promoció de la salut sexual i reproductiva. No obstant això, no és senzill avaluar programes d'educació sexual holística o integral; a aquest efecte, Ketting *et al.* (2016) proposa no centrar-se exclusivament en indicadors quantitatius de salut pública, sinó triangular mètodes quantitatius i qualitatius.

Tot seguit es presenten diverses idees clau que s'han anat exposant al llarg del document:

- La importància de la salut sexual i reproductiva en les persones joves des d'un enfocament integral i de drets ha estat reconeguda per diversos organismes internacionals.
- La salut sexual i reproductiva inclou el coneixement del propi cos des d'una perspectiva àmplia i no binària. L'adolescència és una etapa vital en aquest sentit. Això no obstant, les pressions estètiques durant aquest període poden generar discriminacions socials i problemes amb la imatge corporal de les persones joves. Els estereotips estaran basats en el sistema cisheteronormatiu i en el colonialisme. Tampoc es tindran en compte les persones amb diversitat funcional.
- L'alfabetització menstrual i el coneixement del cicle sexual és bàsic, així com ho és també el dret a l'educació sexual que totes les persones posseeixen.
- La salut sexual i reproductiva està relacionada amb el plaer sexual. Estarà associada amb el desenvolupament d'una sexualitat positiva i responsable, allunyada del model hegemònic de sexualitat. En aquest

sentit, s'han experimentat canvis en les vivències sexuals de les persones joves, però la por encara és el principal missatge que s'associa a la sexualitat.

- Les ITS poden afectar la salut sexual, per tant, s'ha de proporcionar la informació adequada i facilitar l'accés a les proves diagnòstiques i al tractament, de manera que s'eviti l'estigma que actualment es manté en alguns casos.
- En l'actualitat, persisteixen les desigualtats en l'accés als diferents mètodes anticonceptius, i també amb la informació que es rep d'ells. Tant la responsabilitat del seu ús com els seus efectes secundaris continuen recaient sobre les dones.
- Totes les persones tenen el dret de decidir lliurement el nombre de filles i fills que desitgen tenir i el moment per fer-ho. També han de rebre una adequada assistència durant tot el procés de l'embaràs, el part i el puerperi, tenint en compte les necessitats de cada dona o persona amb capacitat gestant. Així mateix, s'ha de possibilitar l'accés a les tècniques de reproducció assistida i proporcionar la informació necessària per facilitar els processos de decisió.
- La interrupció voluntària de l'embaràs és un dret de totes les persones. En cada cas, s'ha de facilitar l'accés, la informació sobre el mètode a emprar per fer-ho i el suport psicològic.
- Determinades malalties cròniques poden afectar la sexualitat de les persones joves. El personal sanitari ha de valorar cada cas de manera integral i oferir solucions d'acord amb les necessitats individuals. En concret, l'endometriosis és una malaltia d'alta prevalença en dones i persones amb úter que necessita més atenció i més recerca. És necessari abordar les malalties que afecten la salut sexual i reproductiva des d'una perspectiva de gènere, no binària i transversal.
- Existeixen diversos agents que influeixen en la salut sexual i reproductiva. Destaca especialment el paper de les famílies, l'escola i les amistats, tot i que les institucions sanitàries també en tindran un de prioritari. Cal ser conscients de la influència que exerceixen els mitjans de comunicació i les xarxes socials en les persones joves; hem de desenvolupar el pensament crític, especialment amb la pornografia *mainstream* i les xarxes socials. En aquest sentit, el desenvolupament de l'educació sexual no formal ha de complementar a l'educació sexual formal. Les lleis i les polítiques tenen igualment una funció important, ja que regularan les intervencions i les recerques sobre la salut sexual i reproductiva. Així mateix, els agents implicats han de ser conscients de les identitats úniques de cada persona i treballar els estereotips i els prejudicis. Per la seva part, al llarg de tot el currículum educatiu, l'escola ha de brindar una educació sexual integral tenint en compte la diversitat, i per això és necessària la formació de totes les persones professionals.



- El model conversacional majoritari a Catalunya és directe i individualista, mentre que en altres cultures és indirecte i col·lectivista. Això implica que es produeixin males interpretacions en l'atenció de la salut sexual i reproductiva. Per aquest motiu, és important la inclusió de la mediació intercultural de manera integral i sostinguda, perquè es pugui atendre i promocionar la salut sexual i reproductiva de manera intercultural (Llamas i Brigide, 2022).
- Existeixen eixos de desigualtat que afecten la salut sexual i reproductiva de manera interseccional, com ara el sexisme, la LGTBI-fòbia, el racisme, l'heteronormativitat, etc. És per això que s'ha d'entendre la salut sexual i reproductiva en relació amb l'entorn i els contextos socials.
- Les violències masclistes són una conseqüència de les desigualtats estructurals i vulnereu greument els drets sexuals i reproductius.

6. Referències bibliogràfiques

Abdelli, A.; Tillou, X.; Alves, A.; Menahem, B. (2017). "Genito-urinary sequelae after carcinological rectal resection: What to tell patients in 2017". *Journal of visceral surgery*, 154(2), 93–104.
<https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2016.10.002>

Abizanda Garcia, J.; Alsina Hipólito, M.; Balanzó Joue, M.; Gómez Castelló, T.; López Insua, A.; Martínez Bueno, C. (2022). *Guia farmacoterapèutica. Atenció a la salut sexual i reproductiva*. Institut Català de la Salut.

Adams, H.L.; Williams, L.R. (2011). "What they wish they would have known: Support for comprehensive sexual education from Mexican American and White adolescents' dating and sexual desires". *Children and Youth Services Review*, 33(10), 1875-1885. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.05.013>

Ajuntament de Barcelona (2022). Se publica la nueva guía para trabajar el Fanzine «Bienvenidas a la escuela... ¿intercultural»? Ajuntament de Barcelona. <https://ajuntament.barcelona.cat/bcnacciointercultural/es/noticia/se-publica-la-nueva-guia-para-trabajar-el-fanzine-bienvenidas-en-la-escuela-intercultural-1233887>

Alonso-Álvaro, A. (2007). "Sexualidad y enfermedades crónicas". *Revista Internacional de Andrología*, 5(1), 22-28. [https://doi.org/10.1016/S1698-031X\(07\)74030-X](https://doi.org/10.1016/S1698-031X(07)74030-X)

Alonso-Colon, M.; Ramis_Prieto, R. (2023). "Partos por cesárea en España (2010-2018)". *Boletín Epidemiológico Semanal*, 31(1), 44–55. Recuperado a partir de: [//revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/1286](http://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/1286).

Alonso-Martínez, L.; Heras-Sevilla, D.; Charilaou, L.; Puente-Alcaraz, J.; Fernández-Hawrylak, M. (2022). "Diferentes actitudes hacia la sexualidad entre estudiantes de Enfermería de primero y cuarto curso". *Enfermería Global*, 21(65), 473-503. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.474821>

Alvarez, B.; Marre, D. (2021). "Motherhood in Spain: from the «baby boom» to «estructural infertility»". *Medical Anthropology. Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, 41(6-7), 718-731.

Alvarez, B. (2023). "Catalunya, no es país para conciliar". *Crítica Urbana*, 28, 22-25.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. American Psychiatric Press.

Amnesty International (2018). *Body politics: criminalization of sexuality and reproduction*. Amnesty International Ltd.

Amnistía Internacional (2022). *Visibilidad Transgénero: 5 cosas que debes saber sobre las personas trans*. Amnistía Internacional.
<https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/blog/historia/articulo/5->

[cosas-sobre-las-personas-trans/#:~:text=Transg%C3%A9nero%20es%20un%20t%C3%A9rmino%20paraguas,se%20les%20asign%C3%B3%20al%20nacer.](#)

Aránguez, T. (2018). *¿Por qué la endometriosis concierne al feminismo?* Dykinson, S. L.

Avilés, M.T.; Aznar, M.; Bou, J.; Burgos, L.; Busquets, J.M.; Escuriet, R.; Florensa, Y.; Palá, O.; Porta, O.; Prats, B.; Simón, M.; Solans, M.; Torrent, M. (2022). *Protocol per a l'atenció a la interrupció voluntària de l'embaràs a Catalunya*. Generalitat de Catalunya, Direcció General de Planificació i Recerca en Salut.

Ajuntament de Barcelona. (2014). *Medida de Gobierno para promover la Salud Sexual y Reproductiva en la ciudad de Barcelona*. Ajuntament de Barcelona.

Ballester, L.; Orte, C. (2019). *Nueva pornografía y cambios en las relaciones interpersonales de adolescentes y jóvenes*. Octaedro.

Baralis-Aragón, P.; Corella-Solano, A.; Ye Ng, L. Y. M. (2021). "Anticoncepción masculina". *Revista Medica Sinergia*, 6(3), e653.
<https://doi.org/10.31434/rms.v6i3.653>

Baroja, J.; Aldavert, S. (2019). "La atención a jóvenes desde los derechos sexuales y el feminismo interseccional. El modelo del CJAS de Barcelona". *Revista Estudios de Juventud*, 123, 171-187.

Barriuso-Ortega, S.; Heras-Sevilla, D.; Fernández-Hawrylak, M. (2022). "Análisis de programas de educación sexual para adolescentes en España y otros países". *Revista Electrónica Educare*, 26(2), 1-21.
<https://doi.org/10.15359/ree.26-2.18>

Barriuso-Ortega, S. (2022). *Educación sexual en la adolescencia: revisión sistemática de programas y meta-análisis* [Tesis doctoral]. Universidad de Burgos.

Becerra-Fernández, A.; Rodríguez-Molina, J. M.; Asenjo-Araque, N.; Lucio-Pérez, M. J.; Cuchí-Alfaro, M.; García-Camba, E.; Pérez-López, G.; Menacho-Román, M.; Berrocal-Sertucha, M. C.; Ly-Pen, D.; Aguilar-Vilas, M. V. (2017). "Prevalence, Incidence, and Sex Ratio of Transsexualism in the Autonomous Region of Madrid (Spain) According to Healthcare Demand". *Archives of sexual behavior*, 46(5), 1307–1312. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0955-z>

Belinchón, C. (2023). *Enfermería, contra el último anuncio de BBVA: «Deshumaniza el parto»*. Redacción Médica.
<https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/enfermeria-contra-el-ultimo-anuncio-de-bbva-deshumaniza-el-parto--8895>

Belli, L. (2013). "La violencia obstétrica: otra forma de violación de los derechos humanos". *Revista Redbioética/UNESCO*, 1(7), p. 25-34.

Biglia, B.; Jiménez, E. (2015). *Jóvenes, género y violencias: Hagamos nuestra la prevención*. Universitat Rovira i Virgili. Publicaciones URV.

Bober, S. L.; Reese, J. B.; Barbera, L.; Bradford, A.; Carpenter, K. M.; Goldfarb, S.; Carter, J. (2016). "How to ask and what to do: a guide for clinical inquiry and intervention regarding female sexual health after cancer". *Current opinion in supportive and palliative care*, 10(1), 44–54.
<https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000186>

Braeken-van Schaik, D.; Castellanos-Usigli (2018). *Sexual Pleasure: The forgotten link in sexual and reproductive health and rights (Training Toolkit)*. Global Advisory Board for Sexual Health and Wellbeing (GAB).

Brizuela, F. (2022). *Polítiques de joventut des d'una mirada interseccional*. XXIII Fòrum d'Estudis sobre la Joventut.
https://ejoventut.gencat.cat/web/.content/e-joventut/recursos/tipus_de_rekurs/documentacio/fitxes_exteses/Materials_forum_lleida_2022/arxiu/Interseccionalidad-y-politicas-de-juventud_Florencia-Brizuela.pdf

Bulat, L.R.; Ajduković, M.; Ajduković, D. (2016). "The role of parents and peers in understanding female adolescent sexuality—Testing perceived peer norms as mediators between some parental variables and sexuality". *Sex Education*, 16(5), 455–470. <https://doi.org/10.1080/14681811.2015.1110691>

Burgos, L.; Escuriet, R.; Espada, X.; Falguera, G.; Mansilla, R.; Martínez, C.; Porqueres, R.; Porta, O.; Prats, B.; Solans, M.; Torrent, A. (2023). *Pla de millora de l'accés als mètodes anticonceptius de llarga durada*. Direcció General Planificació i Recerca en Salut.

Cabrerizo, P.; Martín, S. (2005). *Treball amb famílies (guia per al professorat)*. Inclou.

Calvo, S.; San Fabián, J.L. (2018). "Selfies, jóvenes y sexualidad en Instagram. Representaciones del yo en formato imagen". *Pixel-Bit: Revista de Medios y Educación*, 56, 167–181. <https://doi.org/10.12795/pixelbit.2018.i52.12>

Campbell, J.; Nathoo, A.; Chard, S.; Messenger, D.; Walker, M.; Bartels, S. A. (2023). "Lesbian, gay, bisexual, transgender and or queer patient experiences in Canadian primary care and emergency departments: a literature review". *Culture, health & sexuality*, 1–18.
<https://doi.org/10.1080/13691058.2023.2176548>

Candela i EDPAC (2020). Per què li diuen sexting quan parlen de sexpreading? Candela.cat. <https://candela.cat/wp-content/uploads/2020/05/Sexpreading-article-1.pdf>

Carceller, R. (2023). *Ni docents ni alumnes reben formació obligatòria d'educació sexual: «És urgent un canvi»*. RAC1.cat.
<https://www.rac1.cat/societat/20230323/106798/docents-alumnes-reben-formacio-obligatoria-d-educacio-sexual-obligatoria-es-urgent-canvi.html>

Carrera, M.V.; Lameiras, M.; Foltz, M.; Núñez, A.M.; Rodríguez, Y. (2007). "Evaluación de un programa de educación sexual con estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria". *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 739-751.

Carrere, J.; Sánchez-Ledesma, E.; Sánchez, C.; Pericas, C.; Cortés, M.; Pérez, K.; Artazcoz, L. (2023). *Salut i drets sexuals i reproductius a Barcelona any 2021*. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Catalanurses.cat. (2023). *Trànsit. Servei de promoció de la salut de les persones trans**. Catalanurses.cat.
<https://catalanurses.cat/es/proyectos/transit-servei-de-promocio-de-la-salut-de-les-persones-trans/>

Castro, R.; Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Universidad Nacional Autónoma de México.

CERMI-Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (2022). *Derechos Humanos y Discapacidad. Informe España 2022*. CERMI.

Claramunt, C. (2011). *Valoración del programa de educación sexual (P.E.Sex) en adolescentes de 13 a 16 años* [Tesis doctoral]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Cobos, A. (2018). *Un musulmán gay te explica el racismo oculto de la comunidad LGTBI*. Códigonuevo.com.
<https://www.codigonuevo.com/nosotrxs/musulman-gay-explica-racismo-oculto-comunidad-lgtbi-KJCN156480>

Coleman, E.; Elders, J.; Satcher, D.; Shindel, A.; Parish, S.; Kenagy, G.; Bayer, C. R.; Knudson, G.; Kingsberg, S.; Clayton, A.; Lunn, M. R.; Goldsmith, E.; Tsai, P.; Light, A. (2013). "Summit on medical school education in sexual health: report of an expert consultation". *The journal of sexual medicine*, 10(4), 924-938.
<https://doi.org/10.1111/jsm.12142>

Coll-Planas, G.; Rodó-Zárate, M.; García-Romeral, G. (2021). *Miradas poliédricas a la violencia de género*. Universitat de Vic.

Consell Nacional de la Joventut en Catalunya i Federació Salut Mental de Catalunya (2023). *La situació de salut mental en el jovent català*. Consell Nacional de la Joventut en Catalunya.

Cordón-Colchón, J. (2008). "Mitos y creencias sexuales de una población adolescente de Almendralejo". *Matronas Profesión*, 9(3): 6-12.

Creación Positiva i SIDA STUDI (2020). *Guía para una formación básica en salud sexual y reproductiva. Derechos sexuales y cuidados: reflexiones feministas para intervenciones comunitarias*. Ajuntament de Barcelona i Àrea de Drets Socials, Justícia Global, Feminismes i LGTBI.

Crenshaw, K. (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*, 140, 139-167.

Crenshaw, K. (2012). "Cartografiando los márgenes. Interseccionalidad, políticas identitarias, y violencia contra las mujeres de color". A: Platero, R. (ed.) *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada. Textos contemporáneos*. Barcelona: Ed. Bellaterra.

Cruz, P. (2004). "Mujeres con discapacidad y su derecho a la sexualidad". *Política y Cultura*, 22, 147-160.

Danet-Danet, A. (2021). "Experiencias emocionales en la interrupción voluntaria del embarazo". *Gaceta Sanitaria*, 35(4), 361-373.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.02.006>

Del Arco, S. (2021). *¿Por qué mi vulva no es rosa?* Afrofeminas.com.
<https://afrofeminas.com/2022/12/06/por-que-mi-vulva-no-es-rosa/>

De Dios-Aguado, M.; Gómez-Cantarino, S.; Rodríguez-López, C.; Pina-Queirós, P.J.; Romera-Álvarez, L.; Espina-Jerez, B. (2021). "Lactancia materna y feminismo: recorrido social y cultural en España". *Esc. Anna. Nery*, 25(1), e20200054.
<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0054>

De Francisco, P. (2022). *La anticoncepción en España: solo seis CC.AA. cubren todos los métodos anticonceptivos*. ConSalud.es.
https://www.consalud.es/pacientes/pacientes-avances/seguridad-social-metodos-anticonceptivos_114734_102.html

De Quintana, J. (2021). *Guía práctica 18. La perspectiva de género en la evaluación de políticas públicas*. Ivàlua.

Departament de Salut (2023). *Protocol d'accés a les tècniques de reproducció assistida*. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut.

Díaz-García, D. I. (2023). "El cuerpo en las imágenes de los libros de texto: un análisis desde la perspectiva interseccional de género". *Revista de Estudios de Género, La ventana*. <https://doi.org/10.32870/lv.v7i58.7736>

Díaz-Tello, F. (2016). "Invisible wounds: obstetric violence in the United States". *Reproductive Health Matters*, 24(47), p. 56-64.
<https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.004>

Dittmar, H.; Halliwell, E.; Ive, S. (2006). "Does Barbie make girls want to be thin? The effect of experimental exposure to images of dolls on the body image of 5- to 8-year-old girls". *Developmental psychology*, 42(2), 283.
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.42.2.283>

Diputació de Barcelona (2023). *Enquesta d'hàbits relacionats amb la salut a alumnes de quart de l'ESO de la província de Barcelona. Informe de resultats 2022*. Diputació de Barcelona.

Douhaibi, A. (2019). *Hay que colgarlos. La ciudad contra los niños rebeldes*. Esracismo. <https://esracismo.com/2019/03/04/hay-que-colgarlos-la-ciudad-contra-los-ninos-rebeldes/>

Duarte, K. (2000). "¿Juventud o Juventudes?: Acerca de cómo mirar y remirar a las juventudes de nuestro continente". *Última década*, 8(13), 59-77. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362000000200004>

El Mouali Samadi, F.; Bertran Tarrés, M.; Pàmies Rovira, J. (2021). "Acompañamiento escolar de las madres marroquíes a sus hijos e hijas en Cataluña". A: Hassan Arabi, Alfonso Vázquez Atochero, Sònia Parella Rubio, Zenodo, *La diáspora marroquí y su influencia en la construcción de la ciudadanía*. 139-153

Ellis-Sloan, K. (2014). "Teenage Mothers, Stigma and Their 'Presentations of Self'". *Sociological Research Online*, 19(1), 16–28.

Enguix, B. (2013). "Cuerpos desbordados: La construcción corporal de la masculinidad". *Argos*, 30(59), 060-086.

Expósito-Molina, C. (2013). "¿Qué es eso de la interseccionalidad? Aproximación al tratamiento de la diversidad desde la perspectiva de género en España". *Investigaciones Feministas*, 3, 203-222. https://doi.org/10.5209/rev_INFE.2012.v3.41146

Fausto-Sterling, A. (2006). *Cuerpos sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad*. Melusina.

Fernández-García, D. A. (2018). "Islamofobia queerizada y resistencias musulmanas queer en tiempos de homonacionalismo". *Revista de Estudios Internacionales Mediterráneos*, 24, 71-88. <https://doi.org/10.15366/reim2018.24.005>

Fernández-García, O; Gil-Llario, M.D.; Ballester-Arnal, R. (2022). "Sexual Health among Youth in Residential Care in Spain: Knowledge, Attitudes and Behaviors". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12948. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912948>

Fernández-Garrido, S. (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.

Fernández-Rouco, N.; Fernández-Fuertes, A. A.; Martínez-Álvarez, J. L.; Carcedo, R. J.; Orgaz, B. (2019). "What do Spanish adolescents know (or not know) about sexuality? An exploratory study". *Journal of Youth Studies*, 22(9), 1238–1254. <https://doi.org/10.1080/13676261.2019.1571176>

Folch, C.; Álvarez, J. L.; Casabona, J.; Brotons, M.; Castellsagué, X. (2015). "Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña". *Revista Española de Salud Pública*, 89(5), 471-485. <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272015000500005>

Fuertes, A.; González, E. (2019). "La salud afectivo-sexual de la juventud en España". *Revista de Estudios de Juventud*, 123.

Fuster-Ruiz de Apodaca, M. J.; Prats, C. (2022). *Evolución de las Creencias y Actitudes de la Población Española hacia las Personas con el VIH desde 2008 hasta 2021*. Ministerio de Sanidad, Coordinadora Estatal de VIH y Sida y Universidad de Alcalá.

Gámez-Guadix, M.; de Santisteban, P.; Resett, S. (2017). "Sexting among Spanish adolescents: Prevalence and personality profiles". *Psicothema*, 29(1), 29-34. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.222>

Generalitat de Catalunya (2007). *Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina*. Generalitat de Catalunya.

Generalitat de Catalunya (2020). *Educació sexual i afectiva*. Generalitat de Catalunya. <https://educacio.gencat.cat/ca/arees-actuacio/families/fomentem-valors/educacio-sexual-afectiva/>

Generalitat de Catalunya (2022). *¿Qué es la atención a la salud afectiva, sexual y reproductiva?*. Generalitat de Catalunya. https://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/ambits-estrategics/atencio-salut-afectiva-sexual-reproductiva/que-es/

Generalitat de Catalunya (2022). *Manual de vacunacions de Catalunya*. Generalitat de Catalunya. https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/promocio_salut/vacunacions/Manual-de-vacunacions/

Generalitat de Catalunya (2022). *Protocol de l'anticoncepció d'urgència a Catalunya*. Generalitat de Catalunya.

Generalitat de Catalunya (2023). *Mutilación genital femenina*. Generalitat de Catalunya. <https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/m/mutilacio-genital-femenina/>

Generalitat de Catalunya (2023). *Plan de Equidad Menstrual- Mi regla, mis reglas*. Gencat.cat. <https://serveiseducatiu.xtec.cat/mataro/general/pla-dequitat-menstrual-la-meva-regla-les-meves-regles/>

Generalitat de Catalunya (2023). *Plan de acción para combatir la presión estética*. Generalitat de Catalunya. <https://dones.gencat.cat/ca/ambits/pla-daccio-per-combatre-la-pressio-estetica/>

Generalitat de Catalunya (2023). *Decisions compartides*. Generalitat de Catalunya. https://decisionescompartides.gencat.cat/es/decidir-sobre/anticoncepcio/opcions_tractaments/

Generalitat de Catalunya. (2023). *Òmnibus de la Generalitat de Catalunya*. Generalitat de Catalunya. <https://ceo.gencat.cat/es/estudis/registre-estudis-dopinio/estudis-dopinio-ceo/omnibus/index.html>

Gentile, A.; Hernández, A. L.; Santos, E.; Luminita, E.; Aventín, A.; Hervás, L. (2017). *Relatos de madres adolescentes en la España actual*. Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, FAD.

GAB-shw-Global Advisory Board for Sexual Health and Wellbeing (2016). *Working definition of sexual pleasure*. GAB-shw.org. <http://www.gab-shw.org/our-work/working-definition-of-sexual-pleasure/>

Gebrial, D. (2017). *Decolonising desire: the politics of love*. Versobooks. com. <https://www.versobooks.com/en-gb/blogs/news/3094-decolonising-desire-the-politics-of-love>

GEPAC- Grupo Español de Pacientes con Cáncer (2012). *Informe sobre las necesidades de los supervivientes de cáncer*. GEPAC.

Gobierno de Navarra (2019). *El programa SKOLAE, un itinerario para aprender a vivir en igualdad*. Gobierno de Navarra.

Gómez-Zapiain, J. (2013). *Psicología de la sexualidad*. Alianza Editorial.

Gómez-Zapiain, J.; Pinedo, J. (2013). *Programa de integración de la educación sexual en el sistema educativo. Guía del profesorado*. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

González, S.; Pajares, L. (2012). *Guía práctica sobre derechos sexuales y reproductivos en la cooperación al desarrollo*. ACSUR: Las Segovias.

Gruskin, S.; Yadav, V.; Castellanos-Usigli, A.; Khizanishvili, G.; Kismödi, E. (2019). "Sexual health, sexual rights and sexual pleasure: meaningfully engaging the perfect triangle". *Sexual and reproductive health matters*, 27(1), 1593787. <https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1593787>

Guichot-Reina, V.; De la Torre-Sierra, A. M. (2023). "The Representation of Gender Stereotypes in Spanish Mathematics Textbooks for Elementary Education". *Sexuality & Culture*, 27, 1481 - 1503. <https://doi.org/10.1007/s12119-023-10075-1>

Harimaguada, C. (1994). *Educación Afectivo-Sexual en la Etapa Secundaria: Guía para profesorado*. Gobierno de Canarias. Consejería de Educación, Cultura y Deportes. Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa.

He, J.; Wang, Y.; Du, Z.; Liao, J.; He, N.; Hao, Y. (2020). "Peer education for HIV prevention among high-risk groups: a systematic review and meta-analysis". *BMC Infectious Diseases*, 20(1), 338. <https://doi.org/10.1186/s12879-020-05003-9>

Hellebrandová, K. (2014). "Escapando a los estereotipos (sexuales) racializados: el caso de las personas afrodescendientes de clase media en Bogotá". *Revista de Estudios Sociales*, (49), 87-100. <http://dx.doi.org/10.7440/res49.2014.07>

Heras, D.; Lara, F.; Fernández-Hawrylak, M.F. (2016). "Evaluación de los efectos del Programa de Educación Sexual SOMOS sobre la experiencia sexual y las actitudes hacia la sexualidad de adolescentes". *Revista de Psicodidáctica*, 21(2), 321-337. <https://doi.org/10.1387/RevPsicodidact.14300>

Instituto Nacional de Estadística (2018). *Encuesta de Fecundidad*. INE.

IPPF- Federación Internacional de Planificación de la Familia (2008). *Derechos sexuales. Una Declaración de IPPF*. IPPF.

Ketting, E.; Friele, M.; Michielsen, K.; European Expert Group on Sexuality Education (2016). "Evaluation of holistic sexuality education: A European expert group consensus agreement". *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care: the Official Journal of the European Society of Contraception*, 21(1), 68-80. <https://doi.org/10.3109/13625187.2015.1050715>

Kirby, D. (2007). *Emerging answers. Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases*. National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy.

Kismödi, E.; Corona, E.; Maticka-Tyndale, E.; Rubio-Aurioles, E.; Coleman, E. (2017). "Sexual rights as human rights: a guide for the WAS Declaration of Sexual Rights". *Int J Sex Health*, 29(Suppl1), 1-92. <https://doi.org/10.1080/19317611.2017.1353865>

Knafo, H. (2016). "The Development of Body Image in School-Aged Girls: A Review of the Literature from Sociocultural, Social Learning Theory, Psychoanalytic, and Attachment Theory Perspectives". *The New School Psychology*, 13(2), 1-16. <https://www.semanticscholar.org/paper/The-Development-of-Body-Image-in-School-Aged-Girls%3A-Knafo/95aa2f498100efa68b0b1804e513ea6489fc0994>

Lameiras, M.; Carrera, V. (2009). *Educación sexual: de la teoría a la práctica*. Ediciones Pirámide.

Latorre Ruiz, E.; Azpiazu Carballo, J. (2017). "Homonormatividad". A: R. L. Platero Méndez, M. Rosón Villena, E. Ortega Arjonilla (eds.). *Barbarismos Queer y otras esdrújulas*. Bellatera, p. 252-261.

Lena, A. (2007) (coord.). *Ni ogros ni princesas. Guía para la educación afectivo-sexual en la ESO*. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios- Instituto Asturiano de la Mujer.

Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género. *Boletín Oficial del Estado*, 313, de 29 de diciembre, incluye corrección de errores publicada. *BOE* núm. 87, de 12 de abril de 2005. Ref. BOEA-2005-5835. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2004/BOE-A-2004-21760-consolidado.pdf>

Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. *Boletín Oficial del Estado*, 126, de 1 de junio de 2006. <https://www.boe.es/boe/dias/2006/05/27/pdfs/A19947-19956.pdf>

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. *Boletín Oficial del Estado*, 71, de 23 de marzo de 2007. Referencia: BOE-A-2007-6115. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2007/03/22/3/con>

Ley 33/2010, de 1 de octubre, de políticas de juventud de Cataluña. *Boletín Oficial del Estado*, 257, de 23 de octubre de 2010. Referencia: BOE-A-2010-16137. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2010/BOE-A-2010-16137-consolidado.pdf>

Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOMLOE). *Boletín Oficial del Estado*, 340, de 30 de diciembre de 2020. Referencia: BOE-A-2020-17264. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2020/12/29/3>

Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. *Boletín Oficial del Estado*, 11, 13 de enero de 2021. Referencia: BOE-A-2021-464. <https://www.boe.es/eli/es-ct/l/2020/12/22/17>

Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. *Boletín Oficial del Estado*, 51, de 1 de marzo de 2023. Referencia: BOE-A-2023-5364. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-5364>

Llamas, E.; Brigidi, S. (2022). "Cultures i Drets Sexuals i Reproductius de les dones migrants a Catalunya. Per una atenció centrada en la perspectiva integral i de gènere en el sistema sanitari català". (Con)textos: revista d'antropologia i recerca social, 10(1): 115-132.

López-González, U. A.; Legaz-Sánchez, E. M.; Cárcamo-Ibarra, P. M.; Lluch Rodrigo, J. A. (2023). "Estudio descriptivo de los recursos sobre Educación Sexual en el ámbito no-formal disponibles en España". *Rev Esp Salud Pública*, 97(1), e1-e58.

López, F. (2005). *La educación sexual*. Biblioteca Nueva.

López-Trujillo, N.; García, L. (2022). *La dificultad de hombres gais y bisexuales para acceder a la vacuna del VPH a pesar de estar financiada: "Mi médica me dijo que no tenía derecho"*. Newtral. <https://www.newtral.es/vacuna-vph-papiloma-hombres-financiacion/20220524/>

Lorde, A. (1984). "Usos de lo erótico: lo erótico como poder". *Audre Lorde, La hermana, la extranjera. Artículos y conferencias*, traducción de María Corniero, revisión de Alba V. Lasheras y Miren Elordui Cadiz, Ed. Horas y horas, Madrid, 2003, p. 37-46.

Lozano, C.; Baroja-Benlliure, J.; Clua, L. (2021). *Bones pràctiques en Salut Sexual i Reproductiva per als Centres Residencials de la DGAIA*. CJAS (Centre Jove d'Atenció a les Sexualitats). https://centrejove.org/wp-content/uploads/2018/03/BP-salut-sexual-CRAE_CA_CI_CJAS_2021.pdf

Lung, S. L. M.; Wincentak, J.; Gan, C.; Kingsnorth, S.; Provvidenza, C.; McPherson, A. M. (2022). [A scoping review of suggested practices for healthcare providers when discussing sexuality with youth](https://doi.org/10.3138/cjhs.2021-0058). *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 31(1), 143-160.
<https://doi.org/10.3138/cjhs.2021-0058>

Magraner, X. (2023). *Las personas trans "deben tener un cribado de cáncer de mama personalizado"*. Redacción Médica.

Malacrida, C. (2009). "Performing motherhood in a disablist world: dilemmas of motherhood, femininity and disability". *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 22(1), 99-117.
<https://doi.org/10.1080/09518390802581927>

Malgosa, E.; Alvarez, A.; Marre, D. (2023). "Self-touching, genitals, pleasure and privacy: the governance of sexuality in primary schools in Spain". *Sex Education*. <https://doi.org/10.1080/14681811.2023.2174964>

Mandràgores SCCL. (2021). *L'educació sexual d'adolescents i joves de 12 a 16 anys*. Generalitat de Catalunya.

Martínez, J. L.; Vicario-Molina, I.; González, E.; Ilabaca, P. (2014). "Educación sexual en España: importancia de la formación y las actitudes del profesorado". *Infancia y Aprendizaje*, 37(1), 117-148.
<https://doi.org/10.1080/02103702.2014.881652>

Masson, L. (2018). "No se puede pensar sin el cuerpo". *Pikara Magazine*.
<https://www.pikaramagazine.com/2018/02/lucrecia-masson/>

Milian Costa, R.; Hernández Carceller, P. (2022). *L'imperialisme amb perspectiva de gènere en els llibres de text: anàlisi i proposta didàctica* [Trabajo Fin de Grado]. Repositorio Universitat Pompeu Fabra.
<http://hdl.handle.net/10230/54517>

Missé, M.; Parra, N. (2022). *Adolescencias trans. Acompañar la exploración del género en tiempos de incertidumbre*. Direcció de Serveis de Feminismes i LGTBI, Àrea de Drets Socials, Justícia Global, Feminismes i LGTBI de l'Ajuntament de Barcelona, Centre d'Estudis Interdisciplinaris de Gènere (CEIG) i Universitat de Vic.

Molina-Barceló, A.; Moreno Salas, J.; Peiró-Pérez, R.; Arroyo, G.; Ibáñez Cabanell, J.; Vanaclocha Espí, M.; Binefa, G.; Montse García, M.; Salas Trejo, D.; Red Española de Cribado (2021). "Desigualdades de acceso a los programas de cribado del cáncer en España y cómo reducirlas: datos de 2013 y 2020". *Rev Esp Salud Pública*, 95, e202101017.

Morales-Trejos, C. (2015). "Diversidad Juvenil en el Contexto Educativo. Reflexiones para un Abordaje Intercultural". *Actualidades Investigativas en Educación*, 15(1): 1-21. DOI: [dx.doi.org/10.15517/aie.v15i1.16967](https://doi.org/10.15517/aie.v15i1.16967)

Ministerio de Sanidad (2010). Ministerio de Sanidad.

Ministerio de Sanidad (2011). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Ministerio de Sanidad.

Ministerio de Sanidad (2021). *Criterios de formación en salud sexual integral para profesionales de atención primaria del Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad.

Ministerio de Sanidad (2023). *Virus del Papiloma Humano*. Sanidad.gob.es. <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/vacunas/ciudadanos/vph.htm>

Naciones Unidas (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de Naciones Unidas*. Un.org. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>

Naciones Unidas (1995). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing 4 a 15 de septiembre de 1995*. Naciones Unidas.

Naciones Unidas (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Un.org. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>

Nevado-Llopis, A. (2014). "Barreras lingüísticas y culturales que dificultan la comunicación intercultural en el ámbito de la salud reproductiva". *Panace@: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción*, 15(40), 278-289.

Observatori de Drets Sexuals i Reproductius (2018). *Derechos sexuales y reproductivos: algunos apuntes sobre la situación de las mujeres y trans migrantes en Cataluña*. L'Associació de Drets Sexuals i Reproductius.

Observatori de Drets Sexuals i Reproductius (2019). *Vulneracions de Drets Sexuals i Reproductius*. L'Associació de Drets Sexuals i Reproductius.

Observatori de Drets Sexuals i Reproductius (2022). *Violència Institucional en el marc dels DSIR*. L'Associació de Drets Sexuals i Reproductius.

Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (2019). *Encuesta nacional sobre sexualidad y anticoncepción entre los jóvenes españoles (16-25 años)*. Sociedad Española de Contracepción.

Ojeda, M.; Rey-Alamillo, R.D.; Walrave, M.; Vandebosch, H. (2020). "Sexting en adolescentes: prevalencia y comportamientos". *Comunicar. Revista Científica de Comunicación y Educación*, 28(64), 9-19. <https://doi.org/10.3916/C64-2020-01>

Olivera, S.; Ramos, R.; Herrera, A. (2021). "Desde el discurso médico: perspectivas sobre las disfunciones sexuales femeninas y masculinas en el Perú contemporáneo". *La Colmena*, (14), 7-27. <https://doi.org/10.18800/lacolmena.202101.001>

OMS Europe (2001). *Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health*. OMS Europe.

OMS-Organización Mundial de la Salud (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. OMS.

OMS-Organización Mundial de la Salud (2023). *Endometriosis*. OMS.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis>

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.

<https://www.boe.es/boe/dias/2014/11/06/pdfs/BOE-A-2014-11444.pdf>

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendación para la acción. Actas de una reunión de consulta*. OPS-OMS.

OPS-Organización Panamericana de la Salud (2009). *Salud Sexual para el Milenio*. OPS.

OPS-Organización Panamericana de la Salud (2010). *Vinculación de programas y servicios de salud sexual y reproductiva, género y prevención de VIH e ITS*. OPS

Pereira, D. M. R.; Araújo, E. C. De; Cardoso Santos Gomes da Silva, A. T.; Abreu, P. D. De; Calazans, J. C. C.; Silva, L. L. S. B. da. (2022). Scientific evidence on experiences of pregnant transsexual men. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 31, e20210347. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0347en>

Pérez de la Merced, H. (2018). "La intimidad es política. Una mirada a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con diversidad funcional". *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, (7), 37–44.
<https://doi.org/10.15366/jfgws2018.7.004>

Pinta, P.; Vázquez, S. (2022). *La sexualidad de las mujeres jóvenes en el contexto español. Percepciones subjetivas e impacto de la formación*. Instituto de las Mujeres

Quieroabortar.org (2023). *¿Qué debo hacer si quiero abortar en Catalunya?*
<https://quieroabortar.org/>

Ranea-Triviño, B. (2014). "Narrativas en torno al colonialismo sexual: entrevistas a hombres que consumen prostitución en el Estado español". *Revista de Investigaciones Feministas*, 12(2), 613-622.
<https://doi.org/10.5209/infe.72421>

Resa, A. (2021). "La formación en igualdad de género en los grados de educación primaria". *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 24(1), 13-27. <https://doi.org/10.6018/reifop.390951>

Resolució 1069/2015 del Parlament de Catalunya, de 19 de juny, sobre el sistema públic de salut. *Boletín Oficial del Parlamento de Catalunya*, 610, de 25 de juny de 2015.

Riu-Pasqual, C.; Pié-Balaguer, A.; Moyà-Köhler, J. (2020). *Diagnosi de necessitats específiques per l'abordatge de les violències masclistes en les dones amb discapacitat i propostes d'actuació*. Dones no Estàndards.

Rodríguez-Mármol, M.; Muñoz-Cruz, R.; Sánchez-Muñoz, I. (2016). "Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en adolescentes de primer curso de Grado en Educación Infantil y Primaria de la Universidad de Jaén". *Enfermería Global*, 15(41), 164-173.

Rodríguez-Suárez, M. (2020). *Construcción del imaginario sexual en las personas jóvenes: la pornografía como escuela*. Consejo de la Moxedá del Principáu d' Asturias.

Rojas Miranda, L.; Godoy Vega, F.; Egaña Rojas, L.; Benzidán, K.; Piña Naraváez, Y. (2017). *No existe sexo sin racialización*. Colectivo Ayllu Matadero y Centro de residencias art.

Sala, V. V. V. (2020). "La enfermedad normal: Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto". *Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana*, 34, 90-107. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.34.06.a>

Sánchez-López, S.; Barrington, D. J.; Poveda-Bautista, R.; Moll-López, S. (2023). "Spanish menstrual literacy and experiences of menstruation". *BMC Women's Health*, 23(161). <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02293-4>

Sánchez-Ledesma, E.; Serral, G.; Ariza, C.; López, M. J.; Pérez, C. (2022). *La salut i els seus determinants en adolescents de Barcelona. Enquesta FRESC 2021*. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Sanz-Martos, S.; López-Medina, I. M.; Álvarez-García, C.; Ortega-Donaire, L.; Fernández-Martínez, M. E.; Álvarez-Nieto, C. (2022). "Knowledge of Sexuality and Contraception in Students at a Spanish University: A Descriptive Study". *Healthcare*, 10(9), 1695. <https://doi.org/10.3390/healthcare10091695>

Satue de Velasco, E.; Caelles-Franch, N. (2016). *Guía de actuación para la anticoncepción de urgencia en la farmacia comunitaria*. Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria.

SEC- Sociedad Española de Contracepción (2023). *Sanidad, obligada a publicar la cifra de objetores que no practican abortos en Castilla y León*. SEC. <https://sec.es/sanidad-obligada-a-publicar-la-cifra-de-objetores-que-no-practican-abortos-en-castilla-y-leon/>

Somoza, N. (2023). *Fetichismo racial, la hipersexualización de las mujeres por ser negras o latinas*. RTVE.es. <https://www.rtve.es/television/20230402/hipersexualitzacio-dones-etnies-cultures-estereotips/2433921.shtml>

UNAIDS (2021). *HIV and stigma and discrimination. Human rights fact sheet series*. UNAIDS.

United Nations Population Fund - UNFPA (1995). *Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994*. UNFPA.

United Nations Population Fund - UNFPA (2005). *Pobreza, salud sexual y reproductiva y derechos humanos*. UNFPA.

UNICEF (2020a). *Guidance for Monitoring Menstrual Health and Hygiene*. UNICEF.

UNICEF (2020b). *Manual sobre salud e higiene menstrual para facilitadoras y facilitadores*. UNICEF.

United Nations (2018). *Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights*. Human Rights Council.

Varela-Salgado, M.; Paz-Esquete, J. (2010). Estudio sobre conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes y jóvenes. *Rev Int Androl*, 8(2), 74–80.

Vasallo, B. (2017). "Islamofobia". A: R. L. Platero Méndez, M. Rosón Villena, E. Ortega Arjonilla (eds.). *Barbarismos Queer y otras esdrújulas*. Barcelona: Bellatera, p. 281-287.

Vicente, S. (2023). *La primera casa de partos de Catalunya cierra por falta de personal: «Había riesgo para las pacientes»*. Eldiario.es.

Viñas-Llebot, M.H. (2018). *Necessitats de formació de les llevadores per a l'atenció de la salut sexual de la dona* [Tesis doctoral]. Universidad de Barcelona. <http://hdl.handle.net/10803/665928>

Vázquez-Herrero, M. J.; De Anta-Rodríguez, L. (2020). "Lactancia materna y feminismos: una revisión desde la perspectiva de género". *Matronas profesión*, 21(2): e47-e53.

World Health Organization (1975). *Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals, report of a WHO meeting (held in Geneva from 6 to 12 February 1974)*. World Health Organization.

World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. World Health Organization.

World Health Organization (2018a). *The ICD-11 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Description and Diagnostic Guidelines*. World Health Organization.

World Health Organization (2018b). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization.

Wood, K.; Aggleton, P. (2004). *Promoting young people's sexual and reproductive health: Stigma, discrimination and human rights*. Safe Passages to Adulthood.

Zuloaga Lojo, L. (2016). "La concepción securitaria de la inmigración en el caso espanyol". *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 16(2), 215-244. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.1548>

Què funciona en gènere i joventut?

Projecte de recopilació, anàlisi i transferència d'evidència per a millorar les polítiques públiques destinades a afavorir la igualtat de gènere entre les persones joves.

Un projecte conjunt de:

ivàlua ✓
Institut Català d'Avaluació
de Polítiques Públiques



Generalitat
de Catalunya
**Departament
de Drets Socials
i Inclusió**

Amb la col·laboració de:



Generalitat
de Catalunya
**Departament
d'Igualtat
i Feminisme**

Amb el finançament de:



Generalitat
de Catalunya
**Agència Catalana
de la Joventut**



Pacte d'Estat
contra la violència de gènere

Activitat finançada amb càrrec als crèdits
rebuts del Ministerio de Igualdad (Secretaría
de Estado de Igualdad y contra la Violencia
de Género)



**Què
funciona?**