



Què funciona en
gènere i joventut?

Informe

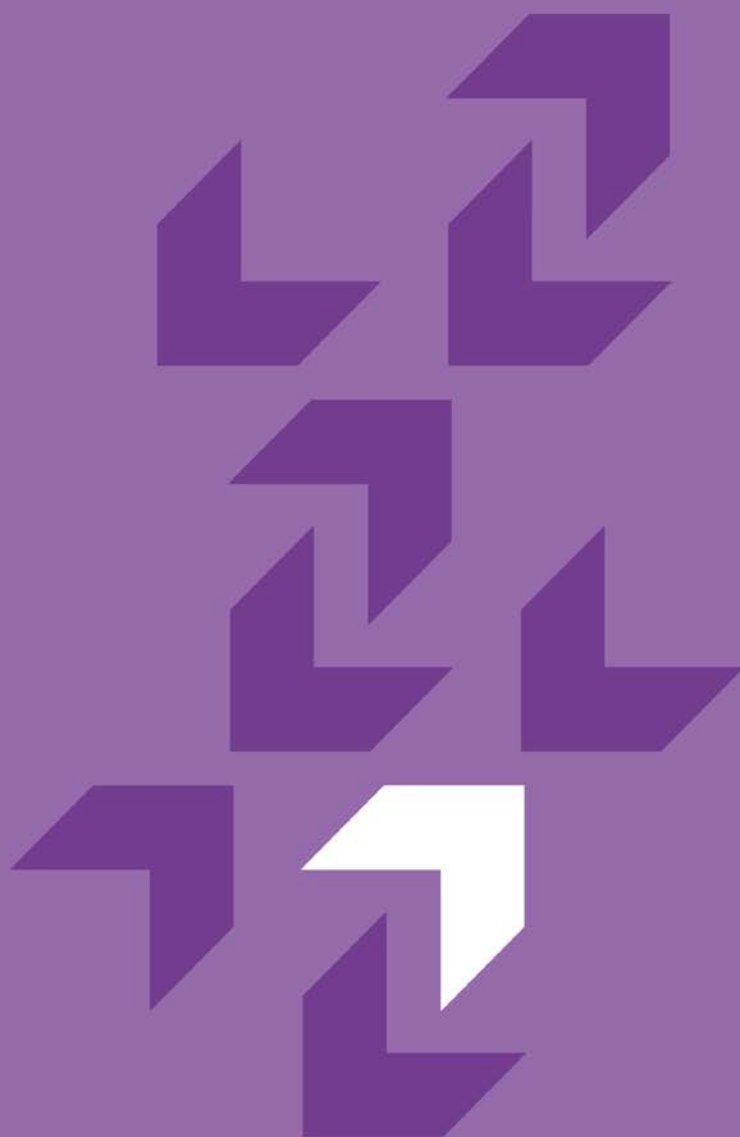
Com promoure la salut sexual i reproductiva en l'àmbit de la joventut? Revisió de l'evidència internacional

ivàlua ✓

Institut Català d'Avaluació
de Polítiques Públiques



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





Com promoure la salut sexual i reproductiva en l'àmbit de la joventut? Revisió de l'evidència internacional

Informe definitiu:

Abril de 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:



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)



Índex

1. Motivació	5
2. Descripció dels programes objecte d'atenció	6
2.1. Des d'on es realitzen? Àmbits de les intervencions	6
2.2. A qui es dirigeixen? Perfil de les persones participants	7
2.3. Què pretenen? Resultats esperats	8
2.4. Com ho aconsegueixen? Estratègies d'intervenció	8
2.5. Quant duren? Durada i freqüència	10
2.6. Com s'executen? Metodologies d'intervenció	10
3. Preguntes que guien la revisió	11
4. Revisió de l'evidència	12
4.1. Quins objectius persegueixen les intervencions per promoure la SSR que es demostren efectives?	13
4.2. Quines característiques tenen les intervencions que aconsegueixen promoure la SSR de manera efectiva?	17
4.2.1. Com estan dissenyades?	17
4.2.2. Quin enfocament adopten?	18
4.2.3. Des de quins àmbits s'impulsen?	19
4.2.4. Quant duren?	20
4.2.5. Com s'implementen?	21
4.3. Quines limitacions tenen les intervencions per promoure la SSR de les revisions incloses?	24
4.4. Quines limitacions té l'evidència disponible sobre els programes de SSR?	25
5. Resum	28
6. Implicacions per a la pràctica	29
Annexos	32
7. Referències bibliogràfiques	36

Com promoure la salut sexual i reproductiva en l'àmbit de la joventut?

Revisió de l'evidència internacional

Sonia Barriuso Ortega

Doctora en Educació per la Universidad de Burgos. És infermera i també 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.

La promoció de la salut sexual i reproductiva és un procés que permet ajudar les persones en la presa de decisions sobre la seva pròpia salut. Es tracta d'un procés polític i social que implica la posada en marxa d'accions individuals juntament amb estratègies que modifiquin factors socials, ambientals i econòmics. Perquè aquestes estratègies i accions siguin efectives, no solament és important donar-los un enfocament integral i de drets, sinó també basar-les en evidències sobre què funciona i què no funciona, a l'hora de promoure la SSR. Aquesta síntesi pretén recollir i analitzar l'evidència rigorosa internacional existent, tenint en compte les definicions exposades en el document *Què és la salut sexual i reproductiva i com afecta en l'àmbit de la joventut?*, amb la finalitat d'acostar-la al col·lectiu de professionals que dissenyen, impulsen i implementen polítiques de promoció de la salut sexual i reproductiva de les persones joves, així com a tothom que estigui interessat en la matèria.

1. Motivació

L'objectiu d'aquesta revisió és analitzar les avaluacions més rigoroses sobre l'impacte i l'efectivitat de les intervencions i les polítiques dutes a terme per promoure la salut sexual i reproductiva (SSR) en l'àmbit de la joventut. L'anàlisi permetrà sintetitzar les característiques de les intervencions més efectives i, a més, detectar possibles buits en l'evidència. Per fer-ho, i de manera coherent amb el primer document d'aquest cicle, s'aplicarà una perspectiva interseccional i de cicle vital. El present document constitueix la segona síntesi del cicle sobre Salut Sexual i Reproductiva del projecte «Què funciona en polítiques de gènere i joventut», i per aquesta raó l'anàlisi presentada a continuació està basada en la definició de la salut sexual i reproductiva inclosa en el primer document del cicle.

Tal com ja es va detallar en el primer document, la salut sexual i reproductiva ha iniciat un procés de canvi: s'ha partit d'un model centrat en els riscos i es vol arribar a un model integral que s'enfoca en el benestar sexual. Això implica una sèrie de canvis en les intervencions per promoure la salut sexual i reproductiva, ja que cal evolucionar des de les intervencions curtes i centrades en les persones fins a la creació de programes comprensius i al desenvolupament d'eines innovadores. No obstant això, diverses revisions prèvies demostren que els dissenys experimentals i els indicadors utilitzats actualment no són adequats per analitzar l'efectivitat dels programes comprensius, a llarg termini i centrats en el context (Michielsen *et al.*, 2015). Ara bé, tot i que existeix una àmplia evidència sobre les intervencions centrades en els riscos, l'efectivitat de les intervencions que tenen un enfocament integral i una perspectiva de drets no ha estat analitzada des d'aquesta mena de mètodes. En definitiva, el predomini del sistema cisheteropatriarcal i androcèntric que es va evidenciar en la Síntesi 1 té una repercussió directa en l'evidència disponible sobre els programes de salut sexual i reproductiva.

Aquest document pretén analitzar en conjunt l'evidència esmentada i fer una anàlisi crítica a fi de promoure la salut sexual i reproductiva amb un enfocament integral i interseccional. Les conclusions que se n'extreguin podran orientar les polítiques públiques de SSR de les institucions de Catalunya, les quals estan obligades a actuar d'acord amb el marc normatiu exposat en la primera síntesi. A més a més, la implementació de polítiques basades en els drets sexuals i reproductius en entorns institucionals, com els serveis de salut i les escoles, són necessàries per eliminar les polítiques discriminatòries existents (OMS, 2010).

Quant a l'estructura del document, l'apartat 2 descriu els programes inclosos en la revisió i l'apartat 3 planteja les preguntes que guiaran l'anàlisi. L'apartat 4 dona resposta a aquestes preguntes sobre la base de l'evidència analitzada; de fet, es descriuen els resultats dels diferents programes, i també les característiques i les recomanacions de les intervencions efectives. Finalment,

s'exposen les mancances de les intervencions analitzades i els buits que s'han trobat en la cerca d'evidència rigorosa en la present síntesi.

2. Descripció dels programes objecte d'atenció

Les intervencions per promoure la salut sexual i reproductiva tenen com a objectiu incrementar la capacitat de decisió sobre la nostra SSR i millorar-la. Tanmateix, moltes d'elles s'enfoquen tant a millorar les habilitats i els coneixements de les persones com a modificar les seves condicions socials, ambientals i econòmiques (OMS, 2010). En relació amb això, observem que en la Síntesi 1 es destaca la multidimensionalitat de la salut sexual i reproductiva; de fet, qualsevol intervenció que vulgui abordar-ne els determinants i les conseqüències ha de ser multisectorial en la seva filosofia i el seu enfocament. Així mateix, en la Síntesi 1 també s'explica que existeixen diferents tipus d'agents que poden promoure la salut sexual i reproductiva: les polítiques i les lleis, la família, l'escola, les institucions sanitàries i la comunitat.

Els programes analitzats són extremadament heterogenis en els seus objectius i en la forma com es proposen aconseguir-los. En aquest apartat es categoritzen amb els objectius de desentranyar l'heterogeneïtat esmentada i d'identificar els elements definitoris de qualsevol intervenció sobre la SSR.

2.1. Des d'on es realitzen? Àmbits de les intervencions

Les intervencions analitzades s'han impulsat des dels àmbits educatiu, sanitari, comunitari i digital. Això es correspon amb els agents exposats en la Síntesi 1, i d'aquesta manera l'àmbit familiar queda exclòs.

- **L'escola:**
Té un paper important en la promoció de la SSR, ja que permet impartir l'educació sexual transversalment i al llarg del currículum escolar.
- **Les institucions sanitàries:**
Promouen la SSR mitjançant la prevenció i el tractament. D'entre les institucions sanitàries dedicades especialment a la joventut, destaquen els centres *youth-friendly* (OMS, 2010), els quals es corresponen amb els centres joves de sexualitat existents a Catalunya i fan una labor assistencial i d'educació sexual. Baroja i Aldavert (2019) defineixen el Centre Jove d'Atenció a les Sexualitats (CJAS) com un centre *youth-friendly*, ja que han adoptat estratègies i recomanacions internacionals. Es tracta d'un model molt consolidat i efectiu en països com Suècia o França.
D'altra banda, les persones farmacèutiques exerceixen un rol important en la promoció de la salut sexual i reproductiva.

- **La comunitat:**
Té una estreta relació amb l'escola i fa una gran tasca en la promoció de la SSR. El pes d'aquest agent en la promoció de la SSR varia segons els diferents contextos, ja que hi ha països on recau especialment sobre les organitzacions no governamentals i és quasi inexistent a l'escola (BZgA i IPPF, 2018). Destaquen diverses associacions, ajuntaments, entitats LGTB i feministes, i espais joves que fan intervencions i ofereixen recursos.
- **La comunitat digital:**
En aquest grup destaquen els programes i **els recursos basats en l'ús de mitjans digitals** (*media-based education*), donat que hi ha intervencions que usen aplicacions mòbils, xarxes socials, pàgines web, recursos en línia, etc. Concretament, l'alfabetització mediàtica orientada a la promoció de la SSR permet gestionar adequadament les xarxes socials aprofitant els beneficis que pot aportar i adquirint una perspectiva crítica (Calvo, 2015).

Al seu torn, algunes intervencions són multisectorials i impliquen la participació de diversos agents, els quals varien segons l'àmbit d'intervenció. L'OPS-OMS (2000) recomana que professionals de diferents disciplines participin en el disseny i la implementació de programes per, així, aconseguir un enfocament integral. Amb tot, això no sempre és possible; de vegades certes intervencions són implementades per un únic perfil. D'entre els perfils inclosos destaquen el personal docent, el col·lectiu de professionals mèdics, el personal d'infermeria, les llevadores, les persones treballadores socials, el col·lectiu de farmàcia, els professionals de la salut mental... D'altra banda, aquestes intervencions es duen a terme en funció de les polítiques públiques imperants, l'impuls de les quals depèn de responsables polítics.

2.2. A qui es dirigeixen? Perfil de les persones participants

Les intervencions analitzades presenten un ampli ventall de perfils de persones participants. En aquesta revisió s'han inclòs estudis d'intervencions dirigides a la joventut, és a dir, a persones joves que estan dins del rang d'edat dels 10 als 35 anys. Per tant, l'anàlisi parteix d'una extensa definició de joventut que sobrepassa, pels dos extrems, la definició estricta de grup d'edat. En tot cas, cal destacar que, en la majoria de les revisions, les intervencions analitzades s'enfoquen en l'adolescència, que generalment abasta el període comprès entre els 10 i els 19 anys.

D'altra banda, les intervencions integren la participació de perfils diversos quant a l'ètnia, el gènere, l'orientació sexual, el nivell socioeconòmic i la diversitat funcional. Unes certes intervencions són transversals i no se centren en un perfil concret, mentre que unes altres sí que s'enfoquen en col·lectius específics. Així mateix, determinats programes dirigits a les persones joves també inclouen sessions amb les famílies, per tal de millorar la comunicació i aconseguir el seu suport.

2.3. Què pretenen? Resultats esperats

Els resultats que s'avaluen en les intervencions per promoure la SSR són molt heterogenis i diversos, fet que dificulta la realització de metaanàlisis i la seva extrapolació i la generalització. Els resultats poden classificar-se en individuals i d'àmbit institucional:

Resultats individuals

- **Ampliar coneixements.** Alguns estudis avaluen coneixements sobre SSR en general, i uns altres se centren en continguts més específics, com, per exemple, la salut menstrual, les ITS, etc.
- **Modificar creences i actituds.** Aquests resultats van més enllà dels resultats de salut. S'hi inclouen les actituds envers la masturbació, els estereotips de gènere, l'autoeficàcia, el desenvolupament de relacions saludables, la prevenció i la reducció de violències, etc.
- **Modificar comportaments.** Es tracta, sobretot, de canvis en les conductes de risc i els resultats biològics, com ara l'ús del preservatiu o la incidència de les ITS i dels embarassos no planificats. No obstant això, és difícil extreure conclusions sobre l'impacte de certes intervencions en aquests resultats, ja que no hi ha assajos de qualitat que l'avaluin.
- **Millorar variables psicològiques.** Malgrat l'actual importància de la salut mental i la seva relació amb la SSR, tal com es va detallar en la Síntesi 1, pocs estudis avaluen aspectes com l'autoestima, l'empoderament, l'autoeficàcia, l'autoimatge o els nivells d'ansietat i de depressió.

Resultats en l'àmbit institucional

- **Millorar l'accessibilitat dels serveis.** Tal com es va descriure en la Síntesi 1, avui dia encara existeixen situacions d'estigma i de discriminació en les persones joves. Per això s'han creat intervencions que intenten millorar l'accés i la reducció d'aquest estigma aplicant una perspectiva interseccional.

2.4. Com ho aconsegueixen? Estratègies d'intervenció

Les intervencions es poden dur a terme de maneres diferents. La majoria d'elles solen avaluar programes d'educació sexual de més o menys durada en els diferents àmbits descrits anteriorment, però també existeixen avaluacions d'intervencions d'assistència sanitària, campanyes de sensibilització o de provisió de recursos, i millores en l'accessibilitat als serveis.

Si es relacionen amb els agents exposats anteriorment, **els programes d'educació sexual** poden classificar-se de la manera següent:

- Educació sexual formal a l'escola per a la joventut.
- Educació sexual des de les institucions sanitàries.
- Formació en SSR per a diverses persones professionals.
- Programes formals però desenvolupats en l'àmbit de l'educació no formal, realitzats en la comunitat i impulsats per associacions, ens locals i diferents organitzacions.

El concepte d'educació sexual necessàriament parteix del concepte de sexualitat. Així doncs, hi ha diferents enfocaments o models en la manera d'impartir-la. D'una banda, destaca l'Educació Integral en Sexualitat (EIS) o Comprehensive Sexual Education (CSE), que es defineix com: «Un procés que es basa en un currículum per ensenyar i aprendre sobre els aspectes cognitius, emocionals, físics i socials de la sexualitat. El seu objectiu és preparar als nens, a les nenes i al jovent amb coneixements, habilitats, actituds i valors que els empoderaran per a exercir el seu dret a la salut, al benestar i a la dignitat; desenvolupar relacions socials i sexuals respectuoses; considerar com les seves eleccions afecten el seu propi benestar i el dels altres; i entendre quins són els seus drets al llarg de la vida i assegurar-se de protegir-los» (UNESCO, 2018). L'EIS s'imparteix tant en entorns formals com en no formals, està basada en l'evidència, comença a edats primerenques, s'adapta a cada etapa del desenvolupament, té un enfocament de drets, està basada en la igualtat, i s'adequa a la cultura i al context. Això no obstant, aquesta definició de l'EIS no sempre s'aplica a tots els programes, ja que canvia entre països i autoritats. Si bé a Europa la tendència és seguir la definició aportada per la UNESCO, als Estats Units els programes basats en l'EIS no sempre adopten un enfocament tan integral; molts d'ells se centren exclusivament en els riscos i hi predomina un enfocament mèdic (Ketring *et al.*, 2021). A això s'uneix que uns certs programes basats en aquest model no tenen en compte la perspectiva de gènere, la diversitat sexual o la interculturalitat (Barriuso-Ortega *et al.*, 2022).

L'enfocament de l'EIS és totalment oposat al del model de només-abstinència. Com el seu nom indica, l'únic objectiu d'aquest és posposar l'activitat sexual fins després del matrimoni. El model d'abstinència-plus continua fomentant l'abstinència i hi afegeix informació sobre anticonceptius (Ketring *et al.*, 2016).

Si bé aquesta distinció de models ens ajuda a caracteritzar les intervencions d'educació sexual, existeixen altres estratègies d'intervenció que tenen les seves pròpies particularitats:

- Les **intervencions d'assistència sanitària** estan relacionades amb la realització de proves diagnòstiques sobre la SSR, les consultes en atenció especialitzada i en atenció primària, les intervencions com ara l'IVE, etc. L'atenció a la SSR també es pot dur a terme des dels centres *youth-friendly* o les farmàcies.
- Les **campanyes de sensibilització** inclouen, per exemple, la dispensació d'anticonceptius i de productes menstruals, o les campanyes publicitàries. Els seus objectius són variats. Algunes campanyes tenen missatges relacionats amb la salut i els drets sexuals a fi que puguin ser

utilitzades com a materials de sensibilització o de suport en accions educatives; unes altres se centren en la provisió de recursos bàsics en la promoció de la SSR.

- Finalment, la **provisió de recursos i les millores en l'accessibilitat als serveis** permet identificar i enderrocar les possibles barreres que obstaculitzin l'accés a la SSR tot aplicant una perspectiva interseccional.

2.5 Quant duren? Durada i freqüència

És important tenir present que les intervencions analitzades també són molt heterogènies respecte a la seva durada i la seva intensitat o freqüència. Així doncs, trobem alguns programes d'una o dues hores, uns altres que s'executen al llarg de tot el currículum escolar, recursos en línia que no s'utilitzen en moments concrets, sinó que sempre estan disponibles, etc.

2.6. Com s'executen? Metodologies d'intervenció

Gran part de les intervencions utilitzen metodologies actives que impliquen a les persones joves. En l'actualitat, cal destacar l'ús d'eines innovadores i de mitjans digitals, com ara l'ús de simuladors o de realitat virtual.

També són rellevants els **programes basats en la formació entre iguals** (*peer education*). Aquesta metodologia cada vegada s'utilitza més, i es basa en la influència que exerceix el grup d'iguals en la joventut. Implica formar a un grup de persones joves perquè posteriorment ajudin els seus iguals a promoure la SSR (He et al., 2020).

3. Preguntes que guien la revisió

A partir de la revisió d'evidències realitzada, es pretén donar resposta a les preguntes següents:

- Quins objectius persegueixen les intervencions per promoure la SSR que es demostren efectives?
- Quines característiques tenen les intervencions que aconseguixen promoure la SSR de manera efectiva?
- Quines mancances tenen les intervencions per promoure la SSR incloses en les revisions?
- Quines mancances té l'evidència internacional disponible sobre programes de SSR?

4. Revisió de l'evidència

S'ha fet una àmplia cerca bibliogràfica en les bases de dades següents: Web of Science, Scopus, ScienceDirect, Dialnet i Google Acadèmic. A més, s'ha consultat la base de dades de SIDA STUDI. En primer lloc, s'ha fet una cerca general en què s'han inclòs aquestes **paraules clau** i operadors booleans: «*sexual and reproductive health*» i «*interventions*» i «*evaluation*». Així mateix, s'ha usat un filtre de temporalitat per incloure només els articles que siguin posteriors al 2015. Seguidament, ja s'han fet cerques més específiques afegint les paraules clau «*menstrual health*», «LGTBI», «*culturally-based*» i «*intersectionality*». L'objectiu de l'ús d'aquests termes més específics ha estat obtenir evidència sobre aspectes d'interès que no s'havien trobat en la primera cerca. En concret, s'ha emprat la paraula clau «*sexual diversity*», però no s'han obtingut resultats. En canvi, la combinació de les paraules «LGTBI» i «*sexual education*» ha estat exitosa, encara que escassa.

Els **criteris d'inclusió** han estat els següents:

- Revisions sistemàtiques o metaanàlisis d'intervencions avaluades per promoure la SSR en la joventut. Per assegurar la rigorositat dels estudis, s'han prioritzat aquells estudis que oferien evidència experimental o quasiexperimental.¹ D'aquesta manera, es consideren efectives les intervencions que aconseguixen resultats estadísticament significatius.
- Intervencions no centrades en els riscos, amb un enfocament integral.
- Intervencions dirigides a les persones joves. No obstant això, es van incloure aquelles revisions que involucraven tant a persones joves com adults per ampliar els estudis que aborden unes certes temàtiques.

D'altra banda, s'ha decidit excloure totes aquelles revisions centrades exclusivament en el VIH i les ITS. La raó d'aquesta decisió és el fet que existeixen moltes evidències sobre intervencions per prevenir el VIH, però disposem de menys evidència sobre l'impacte i l'efectivitat de les intervencions integrals, basades en l'ESI, les quals inclouen les ITS i altres continguts com la diversitat sexual, els drets sexuals, la perspectiva de gènere, la salut menstrual, etc.

Tanmateix, es va incloure l'article de Mac-Seing *et al.* (2022), malgrat ser qualitatiu i no una revisió d'intervencions avaluades, ja que oferia una anàlisi amb perspectiva interseccional de les polítiques sobre la SSR.

¹ Una revisió sistemàtica permet sintetitzar els coneixements existents sobre un tema seguint un mètode científic i rigorós. Per tant, la síntesi d'evidència acostuma a implicar estudis primaris quantitius experimentals o quasiexperimentals.

A Catalunya es duen a terme nombroses intervencions per promoure la SSR; ara bé, no s'han trobat revisions sistemàtiques o metaanàlisis que n'analitzin l'efectivitat. És per això que la major part de l'evidència considerada prové d'articles internacionals. La tercera síntesi d'aquest cicle se centrarà en les intervencions que es realitzen a Catalunya tenint en compte les principals conclusions d'aquest document.

Mitjançant l'aplicació d'aquesta estratègia de cerca, en l'anàlisi s'han seleccionat i revisat vint articles. Donada l'heterogeneïtat de les intervencions de SSR, la major part d'elles són revisions sistemàtiques que no realitzen metaanàlisis. En l'Annex I s'exposen les seves principals característiques i s'especifica on es va generar l'evidència (en quin país) i a quin perfil de joves anaven dirigides les intervencions analitzades.

L'explicació dels resultats de la revisió d'evidència s'estructura en quatre subapartats. En el primer, s'enumeren els resultats aconseguits mitjançant la implementació de les intervencions de promoció de la SSR. En el segon, s'analitzen detalladament les característiques de les intervencions que han demostrat ser efectives. El tercer subapartat s'enfoca a exposar les deficiències identificades en les intervencions, mentre que en el quart s'assenyalen les limitacions de l'evidència disponible.

4.1. Quins objectius persegueixen les intervencions per promoure la SSR que es demostren efectives?

En general, les revisions incloses en la present síntesi mostren que les intervencions resulten efectives en la promoció de la SSR. En l'apartat següent s'aprofundirà sobre les característiques dels programes més efectius, però abans és important entendre quin tipus de resultats aconseguixen.

- **Canvis en els coneixements**

Gairebé totes les intervencions analitzades pretenien **ampliar els coneixements sobre la SSR**. Els resultats apunten que, majoritàriament, **van ser efectives** aconseguint aquest canvi (Orte et al., 2022; Barriuso-Ortega et al., 2022; Torres-Cortés et al., 2023; Bouaddi et al., 2023; Sell et al., 2023; Bailey et al., 2015; Martin et al., 2020; Hammed et al., 2020). No obstant això, molts dels estudis analitzats són poc concrets a l'hora d'especificar quins coneixements es pretenia ampliar. Unes certes escales per avaluar els coneixements estan exclusivament **centrades en les ITS i els mètodes anticonceptius**, mentre que unes altres adopten un enfocament més integral, és a dir, avaluen aspectes i indicadors que no només s'enfoquen en l'ús del preservatiu. En aquest sentit, l'evidència apunta un increment de coneixements sobre les **violències masclistes** (Hammed et al., 2020; Goldfarb et al., 2020), **les relacions afectives**,

la seguretat personal i els abusos sexuals (Goldfarb *et al.*, 2020), **la salut menstrual** (Evans *et al.*, 2022; Hammed *et al.*, 2020) i **l'ús dels serveis sanitaris** (Bouaddi *et al.*, 2023). Malgrat això, els estudis no sempre permeten identificar quin tipus de programes són efectius per ampliar cada tipus de coneixements.

- **Canvis en les creences i les actituds**

Moltes de les intervencions analitzades pretenien anar més enllà d'ampliar els coneixements de les persones joves i modificar-ne les conductes. Tanmateix, per fer-ho en molts casos és necessari generar, primer, canvis en les seves creences i actituds, sempre tenint en compte el context. Uns anys enrere no es parava esment a aquest resultat, però les avaluacions més recents incorporen l'anàlisi d'aquests indicadors, els quals ultrapassen els resultats biològics i permeten destacar l'eficàcia de l'educació sexual integral.

Pel que respecta a **les intervencions dirigides a les persones joves**, es van identificar canvis en les actituds de prevenció de riscos, com ara **aquelles a favor de l'ús del preservatiu extern**; s'ha demostrat que aquestes actituds positives n'afavoreixen l'ús (Torres-Cortés *et al.*, 2023; Barriuso-Ortega, 2022). Tanmateix, cap estudi esmenta l'ús del preservatiu intern, la qual cosa indica una falta de perspectiva de gènere. També es detecta la promoció d'algunes actituds no centrades en aspectes biològics, com, per exemple, **la disminució d'actituds homofòbiques i de bullying homofòbic; la millora de les actituds relacionades amb les relacions afectives i la comunicació, així com amb la seguretat personal i els abusos sexuals** (Goldfarb *et al.*, 2020); **la millora de les actituds i les conductes envers les normes i els estereotips de gènere** (Stewart *et al.*, 2021; Sell *et al.*, 2023), els canvis en **les actituds envers les violències masclistes** (Hammed *et al.*, 2020; Goldfarb *et al.*, 2020) i una millora en **les actituds envers la menstruació** (Evans *et al.*, 2022). Per tant, aquests estudis permeten assegurar l'efectivitat de les intervencions en la protecció dels drets sexuals i reproductius.

Quant a **les intervencions dirigides a les persones professionals**, els estudis analitzats demostren **millores en les competències i les actituds de les persones sanitàries que promociónen la SSR** (Denno *et al.*, 2020; Mazur *et al.*, 2018). La revisió de Bohren *et al.* (2022) sobre intervencions per reduir l'estigma evidencia que els programes van poder **reduir els prejudicis racials en les persones professionals formades**, però no ha estat possible comprovar si van suposar canvis en la pràctica. De la mateixa manera, aquestes intervencions van aconseguir, per un costat, **un increment en la satisfacció de les persones joves ateses per persones professionals sanitàries formades** (Denno *et al.*, 2020; Bohren *et al.*, 2022) i, per l'altre, una disminució de l'estigma percebut (Bohren *et al.*, 2022).

- **Canvis en els comportaments**

Més enllà dels esmentats canvis respecte a creences i actituds, l'evidència analitzada demostra que algunes de les intervencions també van resultar efectives per canviar determinats comportaments, és a dir, **les pràctiques de les persones joves en relació amb la salut sexual i reproductiva**.

Haberland (2015) demostra que la meitat de les intervencions analitzades van comportar **reduccions significatives en la incidència de les ITS i dels embarassos no planificats**. No obstant això, els resultats biològics s'avaluen en pocs estudis, ja que impliquen fer avaluacions a llarg termini. En aquest cas, en les intervencions es van incloure la perspectiva de gènere i l'empoderament. Per contra, **l'ús del preservatiu extern** és un indicador molt més habitual. Diversos estudis analitzats apunten un increment de l'ús del preservatiu de prop del 29% a conseqüència de les intervencions, i altres apunten que les intervencions que van incorporar **el plaer** (Zaneva *et al.*, 2022), **la perspectiva de gènere i l'empoderament** (Sell *et al.*, 2023; Haberland, 2015) van ser especialment efectives. A més a més, resulta rellevant esmentar que la facilitat d'accés als serveis de SSR en farmàcies no incrementa les conductes de risc, ja que les persones joves que van acudir a les farmàcies van utilitzar mètodes anticonceptius adequats i ho van fer de manera correcta (Gonsalves *et al.*, 2017).

Més enllà del preservatiu, una de les revisions conclou que les intervencions promociónen **l'ús de la copa i altres productes menstruals** (Evans *et al.*, 2022). Algunes d'aquestes intervencions es dirigien a persones amb diversitat funcional, i, en conseqüència, tenien en compte la diversitat cultural i les creences entorn de la menstruació. S'exposa que les intervencions van ser eficaces per evitar l'exclusió de les persones adolescents en les seves tasques habituals, com anar a l'escola o menjar amb la família. Altres indicadors van ser l'accés a l'aigua i al sabó per a la higiene i a la medicació per a la dismenorrea.

D'altra banda, diverses metaanàlisis demostren **una reducció en la incidència de casos de violències masclistes**, amb efectes que perduren fins quatre anys després de la intervenció (Goldfarb *et al.*, 2020; Torres-Cortés *et al.*, 2023).

Finalment, es va demostrar **el desenvolupament d'habilitats de desconstrucció de la informació provinent dels mitjans de comunicació**, i es va posar de manifest com els mitjans afecten tant l'autopercepció com les normes de les persones joves. Això permet adquirir i posar en pràctica una perspectiva crítica (Goldfarb *et al.*, 2020).

- **Canvis en els aspectes psicològics**

En la seva metaanàlisi, Barriuso-Ortega (2022) mostra que les intervencions incrementen **l'autoeficàcia**, és a dir, les creences que cada persona té sobre les

seves pròpies capacitats. Poques intervencions van avaluar l'autoestima, i per això no es va poder incloure com a resultat en la metaanàlisi. Per la seva part, Bailey *et al.* (2015) també observen un increment de l'autoeficàcia en les intervencions digitals integrals.

Altres estudis identifiquen una millora en **l'empatia, l'autoestima i la visió positiva de la imatge corporal** en les intervencions dirigides exclusivament a persones amb diversitat funcional (Goldfarb *et al.*, 2020; Hammed *et al.*, 2020).

Finalment, un únic estudi demostra **la reducció en els nivells de depressió, estrès i ansietat de les persones joves LGTBI** (Liu *et al.*, 2023).

- **Millores en l'accessibilitat als serveis de SSR**

Bouaddi *et al.* (2023) conclouen que només unes poques intervencions orientades a promocionar la SSR en les persones migrants van avaluar l'accés als serveis sanitaris, ja que majoritàriament se centraven en els coneixements, les actituds i els comportaments. Encara que la present revisió també ha identificat una falta d'evidència en aquest aspecte, alguns dels estudis revisats sí que aborden els resultats en termes d'accessibilitat als serveis de salut.

Mazur *et al.* (2018) destaquen l'accessibilitat dels centres *youth-friendly*. Gonsalves *et al.* (2017) també van determinar que les farmàcies són accessibles per a les persones joves, encara que continuen existint unes certes barreres.

Al seu torn, Hammed *et al.* (2020) analitzen l'accés a la SSR de les persones amb diversitat funcional. Afirmen que aquest accés encara presenta limitacions, tot i que la major part de l'evidència no se centra en l'accessibilitat, sinó en l'adquisició de coneixements. Seguint aquesta mateixa línia, Mac-Seing *et al.* (2022) fan una anàlisi qualitativa, des d'una perspectiva interseccional, de les barreres d'accés i les polítiques implementades sobre la SSR a Uganda per a les persones amb diversitat funcional. Conclouen que les polítiques s'enfronten a nombrosos reptes tècnics i financers, i que no prioritzen les necessitats especials d'aquestes persones. Així doncs, es constata que continuen existint barreres estructurals, físiques, actitudinals i de comunicació en l'accés als serveis de SSR.

4.2. Quines característiques tenen les intervencions que aconseguixen promoure la SSR de manera efectiva?

Les intervencions analitzades en les revisions són molt heterogènies entre sí a causa de l'ampli enfocament que té la SSR. Per això, no té sentit analitzar-ne només els resultats, sinó que també s'han d'estudiar els mecanismes específics que permeten que les intervencions siguin efectives. De la mateixa manera, Ketting *et al.* (2016) afirmen que els resultats o l'impacte de les intervencions que promouen la SSR s'han d'interpretar segons les característiques del programa i l'avaluació de la seva implementació. Així doncs, a continuació, es presenten les característiques de les intervencions més efectives d'entre les analitzades.

4.2.1. Com estan dissenyades?

En referència a **qui hauria de participar en el disseny** de les intervencions, tant la literatura teòrica com l'evidència revisada apunten que és important implicar **les persones joves** en el disseny de les intervencions de SSR, ja que el seu criteri facilita l'actuació sobre les seves necessitats reals (Sell *et al.*, 2023). De fet, la major part de les intervencions efectives van promoure —d'una forma o d'una altra— la participació de les persones joves.

La revisió de Bohren *et al.* (2022) aplica la perspectiva interseccional en analitzar les intervencions per reduir l'estigma i les dificultats d'accés de les dones racialitzades als serveis de SSR en països com els Estats Units i Austràlia. Els serveis sanitaris que analitza són la maternitat, el consell contraceptiu, les ITS, l'avortament, les violències masclistes i la infertilitat. Conclouen que és important que les intervencions estiguin dissenyades amb **la participació de representants de cada comunitat**, per tal d'assegurar que totes les necessitats s'aborden.

Així mateix, Stewart *et al.* (2021) i Barriuso-Ortega (2022) defensen que el disseny de les intervencions ha de ser **realitzat per persones de diferents professions**, és a dir, per equips multidisciplinaris.

Respecte al **procés de disseny** d'intervencions efectives, diferents estudis recomanen seguir un protocol anomenat *Intervention Mapping* per al disseny i la implementació de programes (Martin *et al.*, 2020 i Mevissen *et al.*, 2018). Mitjançant aquest protocol es pot crear un marc sistemàtic per prendre decisions efectives i basades en l'evidència en cada pas del procés. El desenvolupament del programa comença amb un assessorament per analitzar el problema de salut, la qual cosa implica una revisió tant de la literatura com del context. Posteriorment, es formulen els objectius i se selecciona la metodologia. Finalment, s'implementa el programa i es du a terme el pla d'avaluació. En aquest procés s'han d'emprar teories que expliquin la conducta

i els canvis davant els problemes que puguin sorgir. De fet, Torres-Cortés *et al.*, (2023) afirmen que és important que les intervencions estiguin basades en un model teòric que inclogui el context i els elements de la comunitat. A més, convé fer una descripció acurada i precisa del programa per permetre la seva replicació i fomentar possibles millores.

4.2.2. Quin enfocament adopten?

Pel que fa a la **perspectiva des de la qual es dissenyen les intervencions**, Kuo *et al.* (2023) subratllen la importància de dissenyar-les incorporant-hi la perspectiva intercultural. Per fer-ho, van dur a terme un estudi primari qualitatiu en què van entrevistar a les persones joves nadiues de Hawaii, les quals van afirmar que se sentien distanciades de les seves cultures ancestrals i van suggerir incorporar unes certes pràctiques als programes. L'anàlisi resol que les polítiques sobre la SSR han d'incorporar les identitats culturals en el desenvolupament de les intervencions. Encara que els aspectes esmentats han de formar part de totes les intervencions sobre la SSR, poques revisions han analitzat aquesta perspectiva intercultural. Més concretament, a partir del seu estudi, Kuo *et al.* conclouen que és necessari descolonitzar la SSR i tenir en compte les identitats i les pràctiques culturals a l'hora de desenvolupar intervencions de SSR. Per la seva part, Bouaddi *et al.* (2023) van revisar les intervencions sobre la SSR dirigides a les persones migrants i van distingir diferents tipus d'intervencions: educatives, participatives, basades en teories psicològiques, orientades a la implementació i comprensives (ja que integraven l'adquisició d'indicadors individuals, d'indicadors organitzacionals, com la formació de persones sanitàries, i de barreres institucionals). De totes, **les més efectives són les comprensives que incorporen les persones professionals amb competències culturals**. En qualsevol cas, cal dur a terme més estudis qualitatius que analitzin aquestes intervencions per, així, poder analitzar les dinàmiques de poder estructurals que possibiliten o obstaculitzen les intervencions.

Goldfarb *et al.* (2020) afirmen que pocs estudis apliquen en la seva revisió **l'enfocament de la justícia social o la perspectiva interseccional**. Aquells que ho van aplicar van incrementar els coneixements i van millorar les actituds envers la igualtat de gènere i els drets sexuals, i també envers el racisme, el classisme, l'homofòbia i la misogínia. Diversos estudis primaris de la revisió van establir que per assolir aquests resultats és necessari aconseguir un clima adequat per discutir temes delicats i controvertits. Molts d'aquests estudis eren qualitatius. Els autors conclouen que la perspectiva interseccional ha d'incorporar-se al currículum, a l'educació i a l'avaluació, i això coincideix amb les recomanacions actuals de la *Future of Sex Education Initiative* (2020), una guia amb estàndards sobre l'educació sexual als Estats Units que recomana l'aplicació de la perspectiva interseccional.

A més a més, l'evidència demostra una efectivitat més alta en l'increment de coneixements i la millora de les actituds de les intervencions que adopten un

enfocament integral basat en els drets sexuals i reproductius respecte a altres models, com el d'abstinència o l'enfocament centrat en els riscos. Tal com afirmen Berglas *et al.* (2014), l'enfocament de drets implica la intersecció de quatre elements:

- El principi que les persones joves tenen drets sexuals i reproductius.
- L'expansió dels seus objectius, que ha d'anar més enllà de la reducció dels embarassos no desitjats i les ITS.
- L'ampliació del currículum de les intervencions, que ha d'incloure les normes de gènere, l'orientació i les identitats sexuals, el plaer, les violències, i els drets individuals i les responsabilitats en les relacions.
- Estratègies de formació docent.

Adicionalment, Orte *et al.* (2022), Sell *et al.* (2023) i Haberland (2015) sostenen que les intervencions realitzades des de **l'enfocament de la consciència crítica i el feminisme** van ser més eficaces. També indiquen la necessitat d'organitzar discussions obertes sobre gènere i empoderament, i la conveniència de fomentar el pensament crític i les reflexions personals. Zaneva *et al.* (2022) defensen **la incorporació del plaer**. Per fer-ho, cal crear un ambient de confiança i seguretat on les persones joves se sentin lliures d'expressar les seves opinions, necessitats i pors.

4.2.3. Des de quins àmbits s'impulsen?

Les intervencions recollides en les revisions analitzades es van impulsar principalment en l'àmbit educatiu (14 estudis), seguit de l'àmbit comunitari, l'àmbit digital i finalment l'àmbit sanitari. En qualsevol cas, l'evidència apunta que **són més efectives les estratègies que actuen en múltiples nivells i de manera intersectorial** que no les que s'impulsen des d'un únic àmbit (Mac-Seing *et al.*, 2022; Denno *et al.*, 2020).

L'àmbit educatiu engloba la major part de les avaluacions de programes en persones joves. Tal com es recull en la Síntesi 1, l'escola té un paper molt important a l'hora d'impartir educació sexual de manera formal. Per aconseguir més efectivitat, les intervencions han de seguir un model integral i impartir-lo al llarg del currículum, i també han d'aconseguir l'adequada formació del personal docent i incloure-hi la participació de les famílies (Sell *et al.*, 2023). Crida l'atenció que són molt poques les intervencions realitzades en aquest àmbit, malgrat que la família és un agent clau en la promoció de la SSR. De fet, en la revisió de programes d'educació sexual efectuada per Barriuso-Ortega (2022), només el 21,3% dels programes van incloure les famílies. Únicament la revisió d'Orte *et al.* (2022) apunta que les intervencions educatives que van resultar més efectives són les que també van incorporar les intervencions en la llar.

Dins de l'**àmbit sanitari**, els centres *youth-friendly* destaquen per la seva facilitat d'accés, pels serveis que aporten, per les competències del seu personal i per la garantia de confidencialitat que ofereixen (Mazur *et al.*, 2018). Les farmàcies també es confirmen com un agent eficaç de promoció de la SSR (Gonsalves *et al.*, 2017).

La revisió d'Orte *et al.* (2022) inclou intervencions realitzades tant en l'àmbit educatiu com en el **comunitari**, i conclou que les que van comptar amb la participació de líders i agents clau de la comunitat de les persones joves van resultar més efectives per augmentar els coneixements sobre la SSR. Aquests mecanismes són efectius per millorar l'accés a la SSR de les persones LGTBI, atès que permeten crear un espai segur per a les persones joves, trobar una comunitat afí i ser elles mateixes.

Continuant amb les intervencions en l'**àmbit digital**, diverses revisions confirmen que la metodologia en línia és efectiva en els indicadors analitzats (Bailey *et al.*, 2015; Martin *et al.*, 2020; Liu *et al.*, 2023). Per la seva part, Martin *et al.* (2020) defensen que les intervencions digitals permeten una personalització més acurada de les intervencions en funció de les necessitats de les persones adolescents, a tall d'intervencions per al col·lectiu LGTBI i per les persones racialitzades. Així mateix, Liu *et al.* (2023) destaquen la importància de la connexió social i la implicació de la comunitat en l'aconseguit de millors resultats en les intervencions digitals, en combinació amb la presència de persones professionals formades. I, de la mateixa manera, O'Farrell *et al.* (2021) conclouen que és necessari incrementar les intervencions inclusives i integrals en línia, ja que tenen efectivitat i permeten una major inclusivitat i facilitat d'accés.

Finalment, Liu *et al.* (2023) classifiquen les intervencions digitals en quatre categories: formals estructurals (servei de salut en línia, programes d'educació sexual en línia), informals estructurals (jocs), formals no estructurals (aplicacions mòbils) i informals no estructurals (xarxes socials). Les més eficaces en la millora de la salut mental de les persones LGTBI van ser les formals estructurals i no estructurals. A més a més, els autors destaquen altres elements innovadors, com la realitat virtual, que poden arribar a potenciar aquestes intervencions.

4.2.4. Quant duren?

Torres-Cortés *et al.* (2023), Stewart *et al.* (2021) i Barriuso-Ortega (2022) afirmen que les intervencions més eficaces tenen més sessions. En concret, en l'educació sexual és important que tinguin continuïtat al llarg del currículum i que no es facin de forma aïllada (López, 2005). L'evidència dona suport a l'inici de l'educació sexual durant la infància, així com a l'educació inclusiva al llarg del currículum (Goldfarb *et al.* 2020).

4.2.5. Com s'implementen?

Un aspecte que alguns dels diversos estudis analitzats, de diferents àmbits, identifiquen com a determinant de l'eficàcia de les intervencions és **la qualitat de la formació de les persones formadores** (Orte *et al.*, 2022; Barriuso-Ortega, 2022; Torres-Cortés *et al.*, 2023; Sell *et al.*, 2023). En aquest sentit, Denno *et al.* (2020) analitzen les intervencions de formació per als professionals de la salut que promociuin la SSR en les persones joves i conclouen que han de tenir les competències i les actituds necessàries per aplicar cures en la SSR basades en l'evidència, sense emetre judicis ni aplicar discriminacions. Els resultats de les intervencions de la revisió van ser molt heterogenis, no obstant això, determinen que es van incrementar les competències i les actituds de les persones sanitàries des del moment del pretest fins al del posttest, i que les persones joves es mostren satisfetes amb l'atenció i la informació rebuda. Pel que respecta a les característiques de la formació (rebuda per les persones formadores), destaquen la importància d'una metodologia activa i participativa, l'organització en grups petits, la realització de diverses sessions i la presència d'una persona supervisora que tingui les competències adequades.

Més enllà de la formació, **les competències de les persones que implementen intervencions de SSR** —siguin de caràcter formatiu o d'un altre tipus— també determinen la seva eficàcia. O'Farrell *et al.* (2021) descriuen els atributs positius de les persones formadores perquè les intervencions inclusives siguin efectives: desenvolupament d'habilitats interpersonals, escolta activa, acceptació i habilitat per oferir suport emocional.

Adicionalment, val la pena esmentar que diverses revisions inclouen programes en diferents àmbits que apliquen la metodologia de **formació entre iguals**, en la qual es forma a unes certes persones joves perquè posteriorment formin als seus iguals (Bouaddi *et al.*, 2023; Barriuso-Ortega, 2022; Stewart *et al.*, 2021). Encara que la metaanàlisi de Barriuso-Ortega (2022) no va trobar cap relació amb la dimensió de l'efecte, les intervencions que el van utilitzar van obtenir resultats significatius en l'increment dels coneixements, les actituds i les habilitats en SSR. Stewart *et al.*, (2021) afirmen que 31 estudis d'un total de 55 van utilitzar aquesta metodologia i van obtenir resultats estadísticament significatius.

Per acabar, també hi ha estudis primaris que analitzen l'anomenada **implementació fidedigna**. Aquesta consisteix a triar un programa basat en l'evidència (és a dir, l'eficàcia del qual s'ha avaluat rigorosament) i adaptar-lo a una comunitat concreta, la qual cosa implicarà canvis en els continguts dels programes, en el seu desenvolupament o en altres components (O. S. Department of Health Human Services, 2020). Com a exemple, Boyce *et al.* (2018) van dur a terme un estudi en què descriuen l'adaptació del programa

Reducing the Risk, basat en l'evidència, al col·lectiu LGTBI. Cal tenir en compte que els programes basats en l'evidència no solen considerar les necessitats del col·lectiu LGTBI. Per exemple, els jocs de rol o altres activitats pròpies dels programes impliquen parelles heterosexuales. Els autors afirmen que fins a la data no s'ha adaptat cap programa basat en l'evidència de manera formal i parant esment a la diversitat sexual. L'estudi conclou que el programa va poder implementar-se amb fidelitat; dit d'una altra manera, la intervenció es va adaptar al context i va aconseguir resultats efectius. La UNESCO (2018) recomana aquest tipus d'implementació i defensa el seu cost-eficàcia, donat que s'aprofita una intervenció que ja ha estat avaluada i s'adapta a les necessitats de diverses comunitats.

A continuació, la Taula 1 relaciona les característiques de les intervencions efectives (apartat 4.2) amb els resultats que aconseguixen o promouen (apartat 4.1). Per una part, les creus negres mostren una relació estadísticament significativa entre la característica i el resultat; per una altra part, les creus verdes assenyalen que aquesta relació ha estat avaluada mitjançant una metaanàlisi, la qual cosa li atorga un grau més alt de robustesa.

Taula 3. Relació entre les característiques dels programes i els resultats

	CARACTERÍSTIQUES DELS PROGRAMES EFECTIUS																		
	DISSENY		ENFOCAMENT					ÀMBITS					DURADA		IMPLEMENTACIÓ				
								General	Educatiu	Sanitari		Comunitari							
RESULTATS	Participació persones joves	Equips multidisciplinaris	Perspectiva intercultural	Enfocament integral	Consciència crítica i feminisme	Perspectiva interseccional	Incorporació del plaer	Estratègies multinivell i intersectorials	Participació famílies	Centres youth friendly	Famílies	Participació de líders i agents clau de la comunitat	Personalització de les intervencions segons les necessitats	Més sessions	Educació sexual continuada	Inici des de la infància	Formació de qualitat per a les persones formadores	Formació entre iguals	Professionals capaços d'atendre sense jutjar ni discriminar
CANVIS EN ELS CONEIXEMENTS SOBRE LA SSR	●	●		●	●	●			●		●	●	●		●	●	●	●	
CANVIS EN LES CREENCES I LES ACTITUDS				●										●					
Actitud positiva envers l'ús del preservatiu extern		●												●			●	●	
Reducció d'actituds homofòbiques						●													
Millores en les relacions afectives, en comunicació, seguretat personal i abusos sexuals						●										●	●		
Millora de les actituds envers les normes i els estereotips de gènere	●				●	●		●	●			●		●	●	●	●	●	
Canvis en les actituds envers les violències masclistes					●	●													
Millora de les competències i les actituds de les persones sanitàries que promouen la SSR										●							●		●
Reducció dels prejudicis racials de les persones professionals			●																●
CANVIS EN ELS RESULTATS PSICOLÒGICS																			
Increment de la satisfacció de les persones joves ateses								●									●		
Reducció de l'estigma percebut						●						●					(●)		
Increment de l'autoeficàcia				●													●	●	
Millora de l'empatia, l'autestima i la visió positiva de la imatge corporal														●	●				
Reducció dels nivells de depressió, d'estrès i d'ansietat de les persones LGTBI													●				(●)		
Desenvolupament d'habilitats de deconstrucció dels mitjans de comunicació																			
MILLORES EN L'ACCESSIBILITAT DELS SERVEIS DE SSR			●	●						●	●		●						
PERSONALITZACIÓ DELS SERVEIS DE SSR PER FER-LOS MÉS INCLUSIUS			●					●					●						
CANVIS EN ELS COMPORTAMENTS																			
Increment de l'ús del preservatiu extern i ús correcte d'altres mètodes anticonceptius	●	●			●		●				●		●	●			●	●	
Millora de les conductes en relació amb les normes i els estereotips de gènere	●				●									●			●	●	
Reduccions en la incidència de les ITS i dels embarassos no planificats					●														
Reducció de conductes afectivo-sexuals de risc									●										
Reducció de la incidència dels casos de violències masclistes															●	●			

Nota: Els cercles liles indiquen que s'han trobat evidències de la relació entre les característiques dels programes i l'efectivitat dels resultats. Quan el cercle apareix entre parèntesis, significa que no hi ha evidència directa, però, atesa la similitud de les característiques, seria raonable esperar que es produís la relació. Font: Barriuso, S. (2024).

4.3. Quines limitacions tenen les intervencions per promoure la SSR de les revisions incloses?

A l'apartat anterior (4.2) s'han detallat les característiques que propicien l'eficàcia en els programes de promoció de la salut sexual i reproductiva. Malgrat que és essencial ressaltar el que resulta efectiu, també ho és abordar les limitacions de les intervencions que manquen d'eficàcia per anticipar possibles inconvenients. Així doncs, aquest apartat se centrarà a exposar les tres principals limitacions identificades en les intervencions analitzades.

Falta d'abordatge de determinats continguts

Respecte als continguts, encara es fan moltes intervencions sense una perspectiva integral ni una perspectiva de drets sexuals i reproductius. Moltes no incorporen aspectes com el plaer, les relacions, la perspectiva de gènere i la diversitat sexual; tampoc la necessitat de garantir els drets sexuals. En canvi, existeix molta evidència sobre l'efectivitat dels programes centrats en el VIH, tot i que s'ha demostrat que aquest model de riscos no és efectiu per al desenvolupament de la SSR.

D'altra banda, alguns temes abordats en la Síntesi 1 no es veuen reflectits en les intervencions incloses, especialment en aquelles relacionades amb l'endometriosi, els cossos no normatius, la fertilitat, l'embaràs i les tècniques de reproducció assistida.

Falta de perspectiva interseccional

Existeixen poques intervencions que abordin les necessitats de les persones amb diversitat funcional. Hameed *et al.* (2020) afirmen que hi ha molta evidència sobre les barreres i la discriminació que aquestes persones sofreixen, però no s'analitza de quina forma són tingudes en compte en el disseny de les intervencions. De fet, no s'han trobat intervencions enfocades a la salut maternal, la planificació familiar i l'avortament segur per a les persones amb diversitat funcional. La major part de les intervencions se centren a proveir informació, en comptes d'intentar derrocar les barreres d'accés i treballar en l'adequació dels serveis. Això és degut a la creença que les persones amb diversitat funcional no tenen sexualitat; és, per tant, una discriminació vers aquest col·lectiu.

Per una altra part, els programes d'educació sexual actuals tenen una perspectiva cisheterosexual i exclouen les persones joves LGTBI (O'Farrell *et al.*, 2021). Aquest fet implica l'aplicació de currículums que no són inclusius i l'actuació de persones formadores amb prejudicis. És necessari estandarditzar el currículum dels programes perquè siguin inclusius i integrals; cal que abordin temes com el plaer i les relacions afectives. A més, es discriminen orientacions i opcions no heterosexuales, i s'exclouen i s'invisibilitzen identitats

trans i no binàries. Tot plegat suposa una clara discriminació que reforça les violències LGTBIfòbiques, i per això cal incrementar tant les intervencions inclusives com l'avaluació de la seva eficàcia.

Pel que respecta a les persones migrants, Bohren *et al.* (2022) conclouen que, en general, les intervencions que estan enfocades a descriure el problema de l'estigma i la discriminació no l'aborden en el seu disseny; en canvi, les que promouen la igualtat, l'accés i la qualitat de les cures en uns certs col·lectius ho fan sense parlar d'estigma ni de discriminació. També identifiquen intervencions que se centren en l'estigma que perceben les persones migrants en les institucions sanitàries, però ignoren les condicions estructurals i socials que perpetuen aquesta discriminació. Per tant, sí que hi ha moltes evidències de l'estigma existent, però molt poques sobre com reduir-lo. És per aquesta raó que Bouaddi *et al.* (2023) coincideixen a afirmar que és necessari fer més estudis qualitatius que analitzin les intervencions dirigides a les persones migrants per, així, poder analitzar les dinàmiques de poder estructurals que possibiliten o obstaculitzen les intervencions.

En relació amb això, la revisió de Gonsalves *et al.* (2017) sobre el paper de les farmàcies determina que existeixen barreres en l'accés a la SSR per a les persones de les poblacions rurals, així com per a les persones racialitzades que no parlen l'idioma.

Falta de formació de les persones professionals

Quasi totes les revisions ressalten la falta de formació de les persones professionals. Gonsalves *et al.* (2017) afirmen que encara existeixen barreres en l'accés a la SSR des de les farmàcies, donat que part del personal farmacèutic no vol assessorar a les persones joves i, a més a més, desconfia del seu judici. Per la seva part, Sell *et al.* (2023) conclouen que el col·lectiu docent reforça de manera inconscient els estereotips de gènere. De manera similar, O'Farrell *et al.* (2021) asseguren que les persones formadores no tenen els recursos ni la formació suficients per poder impartir els programes digitals inclusius, i que fins i tot han de recórrer a Internet per obtenir la informació adequada. Per tant, sembla prou clar que la falta de formació de les persones professionals en tots els àmbits continua sent una feblesa a resoldre.

4.4. Quines limitacions té l'evidència disponible sobre els programes de SSR?

Mitjançant la revisió realitzada, s'ha posat de manifest que la literatura sobre els programes de salut sexual i reproductiva exhibeix notables limitacions i buits. Donada la potencial influència d'aquestes deficiències en els resultats i les conclusions de l'estudi, és important abordar-les de manera detallada.

Aquest apartat no només té com a objectiu assenyalar els possibles biaixos de la revisió actual, sinó que també busca emfatitzar la necessitat de dur a terme en aquest àmbit recerques addicionals que contribueixin a millorar l'evidència existent.

Avaluació poc sistemàtica

És necessari incrementar les avaluacions dels programes per poder dissenyar nous programes basats en l'evidència. Moltes intervencions innovadores i amb potencial no són avaluades de manera rigorosa, i per això els resultats que se n'obtenen no es poden difondre. En aquest sentit, Ketting *et al.* (2016) afirmen que l'avaluació dels programes no ha de centrar-se únicament en l'avaluació de l'impacte —perquè aquesta requereix que es compleixin un conjunt d'exigències metodològiques difícils de complir— sinó també en l'avaluació de la seva implementació i del seu disseny. Aquestes avaluacions no es documenten en totes les revisions.

A l'hora de definir el tipus d'avaluació més adequat, convé tenir present que l'educació sexual integral és multifacètica i s'ha implementat al llarg de diversos anys, per la qual cosa és un procés i no una intervenció aïllada. Els programes d'educació sexual integral no pretenen canviar o imposar maneres de pensar o de comportar-se, sinó que busquen facilitar el desenvolupament del pensament crític i promoure conductes conscients. Per aquesta raó, poden resultar especialment adequats els mètodes mixtos. La triangulació és important entre els mètodes quantitatius i qualitatius, així com entre els tipus d'avaluació.

Falta d'avaluacions a llarg termini

La major part de les avaluacions se centren en els resultats o els impactes a curt termini, ja que els resultats a llarg termini són complexos i costosos d'analitzar (Martin *et al.*, 2020; Barriuso-Ortega, 2022). Això condiciona completament l'evidència disponible i explica el fet que es disposi de més informació sobre l'efecte de les intervencions en els coneixements o les actituds de les persones joves que no en els seus comportaments—perquè aquests triguen més temps a modificar-se.

Falta d'indicadors adequats

La revisió realitzada ha permès constatar que cada estudi utilitza uns indicadors diferents, i això dificulta la realització d'anàlisis comparades. És necessari, doncs, estandarditzar els indicadors que s'utilitzen per mesurar l'efecte de les intervencions de SSR (Mazur *et al.*, 2018). Addicionalment, en l'àmbit de l'educació sexual, Barriuso-Ortega (2022) conclou que s'han d'utilitzar indicadors amb enfocament integral. En aquesta mateixa direcció, la revisió permet identificar que molts estudis únicament utilitzen indicadors

centrats en els riscos: els coneixements, les actituds i les habilitats sobre les ITS i l'ús dels preservatius, i inclús alguns estudis que són considerats com intervencions integrals. Això confirma l'afirmació de Michielsen *et al.* (2018), que determina que els indicadors predominants continuen sent els relacionats amb la salut pública i els canvis de conducta, fins i tot en els programes que adopten una perspectiva integral. I és que hi ha una falta de consens en l'estandardització i l'aplicació d'indicadors relacionats amb el benestar sexual. No obstant això, tal com demostren unes certes revisions seleccionades, comença a haver-hi més evidència sobre l'efectivitat de l'educació sexual comprensiva.

Falta de perspectiva interseccional

La perspectiva interseccional no es va aplicar en totes les revisions incloses. En general, els estudis no tenen en compte les relacions de poder i la dimensió estructural, i això genera desigualtats. L'article d'O'Farrell *et al.* (2021) és l'únic que analitza intervencions que siguin inclusives i que estiguin destinades a tota mena de persones, i, de forma similar, Liu *et al.* (2023) analitzen intervencions exclusivament dirigides a població LGBTI; en canvi, la resta de les revisions adquireixen una visió cisheteronormativa. A més, no s'ha trobat cap revisió que analitzi l'eficàcia de serveis de referència com Trànsit, a Catalunya (Catalanurses.cat, 2023), que és un servei de promoció de la salut de les persones transgènere.

D'altra banda, només Hammed *et al.* (2020), Mac-Seing *et al.* (2022) i Evans *et al.*, (2022) esmenten a les persones amb diversitat funcional, i la resta dels estudis no tenen en compte les seves necessitats. Tampoc s'han trobat revisions que compleixin els criteris d'inclusió del present document ni que s'hagin adaptat a ells culturalment.

Un altre aspecte a destacar és que els resultats, a vegades, tendeixen a homogeneïtzar a la població, sense desagregar-se en categories com l'edat, l'ètnia, l'orientació sexual, la identitat de gènere o altres que han de tenir-se en compte en funció del context (Alfama *et al.*, 2014).

Per tant, és necessari incorporar una perspectiva interseccional en l'anàlisi de les intervencions de SSR. A més, és important no perdre de vista que la interseccionalitat no només està relacionada amb l'accessibilitat als serveis, sinó també amb el plaer; el fet de no considerar aquesta dimensió pot ocasionar més desigualtats.

5. Resum

En aquesta síntesi s'ha revisat l'evidència internacional respecte a les intervencions que promouen la salut sexual i reproductiva en l'àmbit de la joventut, i les conclusions extretes permetran orientar el disseny de les polítiques públiques basades en l'evidència a Catalunya. Per fer-ho, s'han seleccionat aquelles revisions sistemàtiques que analitzen l'efectivitat de les intervencions de salut sexual i reproductiva en diferents àmbits i amb una perspectiva integral. També s'han inclòs 20 estudis després d'una cerca bibliogràfica exhaustiva en diverses bases de dades. Les revisions són heterogènies entre si, ja que aborden la SSR en diferents àmbits, i la majoria d'elles demostren que les intervencions per promoure la SSR són efectives i obtenen resultats significatius en l'increment dels coneixements, les actituds i les habilitats sobre la SSR; l'augment de les competències de les persones professionals, la millora dels resultats psicològics i l'accés als serveis de SSR. De tot aquest material, s'ha pogut concloure que per a tot això és necessari promoure la SSR incloent diversos punts: les persones joves en el disseny i l'avaluació de programes, l'adaptació de les intervencions segons les necessitats de cada persona, la coordinació entre els diferents àmbits per poder promoure polítiques efectives, l'ús de protocols per al disseny i la implementació de programes, l'aplicació de la perspectiva interseccional i de gènere en les intervencions, l'aplicació d'un enfocament de drets, la utilització de models d'educació integrals i inclusivament, la formació de les persones professionals, l'ús de metodologies adequades i efectives, i la realització d'avaluacions per difondre els resultats. Tanmateix, aquestes avaluacions no han de centrar-se només en els resultats, sinó també en les característiques del programa i en la seva relació amb l'entorn i la seva implementació. Així mateix, encara es detecten mancances en l'evidència, com la falta de perspectiva interseccional, la falta d'inclusió de certs col·lectius i la falta d'avaluacions rigoroses que segueixin uns estàndards de qualitat.

6. Implicacions per a la pràctica

L'evidència analitzada demostra que les intervencions que promociónen la SSR tindran un impacte positiu sobre resultats individuals com els coneixements, les actituds i els comportaments, i la salut mental. També manifesta una millora en resultats en l'àmbit institucional, en relació amb l'accessibilitat als serveis de SSR. A continuació, s'exposen les principals recomanacions per al disseny i la implementació de polítiques públiques per a la SSR en l'àmbit de la joventut:

- ***Disseny:***

Cal emprar protocols que permetin dissenyar i implementar intervencions de manera sistemàtica basant-se en l'evidència existent. Per fer-ho, s'han de tenir en compte les necessitats de les persones joves. L'atenció a la SSR en els serveis sanitaris ha de fer-se amb una visió integral de cada persona i atenent les necessitats culturals i socials que es presentin. La inclusió de les famílies i de la comunitat en les intervencions és summament important per aconseguir la seva col·laboració i poder considerar les seves necessitats, perquè també són un agent important de l'educació sexual.

Així mateix, aquestes implementacions poden basar-se en altres intervencions efectives, en les quals es fa una adaptació socio-cultural en funció de les necessitats de cada comunitat.

A més, l'Estratègia Nacional de Drets Sexuals i Reproductius (ENDSiR) serveix com a marc estratègic pel desplegament de polítiques orientades a incidir en els DSR de les persones joves i la seva estructura ha de ser el punt de partida per contextualitzar les polítiques que es despleguin en aquesta matèria.

- ***Enfocament integral, perspectiva de drets i perspectiva interseccional:***

Els programes d'educació sexual, siguin formals o no formals, han d'estar basats en el model integral, han de considerar l'enfocament proposat per la UNESCO (UNESCO, 2024) i han d'adoptar tant una perspectiva interseccional i de drets com una perspectiva intercultural. A més a més, els estudis han de tenir en compte la dimensió estructural, que al seu torn té relació amb les desigualtats i la manera en què s'inclou la interseccionalitat; per trencar amb la dimensió i el coneixement individual, convé incorporar la perspectiva interseccional. En aquest sentit, la interseccionalitat no està relacionada únicament amb l'accés als serveis, sinó també amb el plaer i consentiment.

Al seu torn, és necessari que les intervencions garanteixin l'accés als drets sexuals i a la informació sobre sexualitat.

- **Àmbits:**

Les intervencions per promocionar la SSR afecten diferents àmbits. Per això, cal que hi hagi una coordinació entre els diferents sectors, ja que l'evidència demostra que l'efectivitat serà més alta davant d'una estratègia que afecta diferents nivells d'intervenció. Això implica la col·laboració de les persones professionals de manera multidisciplinària.

En concret, les intervencions digitals han demostrat ser efectives, així com ser més inclusives i més accessibles a totes les persones.

És important promocionar l'ús dels centres *youth-friendly* o centres joves, donat que se n'ha comprovat l'efectivitat en l'atenció sanitària de la SSR. Tanmateix, resulta clau avaluar bé la seva activitat i identificar possibles barreres. En relació amb això, s'observa que encara existeixen dificultats en l'accés als serveis de SSR en els diferents àmbits. De fet, algunes de les revisions analitzades conclouen que continua imperant l'estigma i que s'han d'incrementar les intervencions per reduir-lo.

- **Implementació:**

La formació de les persones professionals és imprescindible per promocionar adequadament la SSR, donat que s'han de dur a terme estratègies en múltiples nivells i de manera coordinada. També és important que el conjunt de professionals tinguin formació específica en interculturalitat i antiracisme, per tal de garantir la no-discriminació de les persones en funció del seu origen, i en llenguatge de signes i diversitat funcional, per assegurar que les persones amb discapacitat accedeixen als serveis en igualtat de condicions.

De la mateixa manera, la metodologia de les intervencions ha d'adaptar-se en funció de les eines més innovadores amb millors evidències. D'altra banda, la formació entre iguals ha tingut bons resultats en múltiples intervencions. Per la seva part, les metodologies actives que impliquen les persones joves i promocionen el pensament crític i l'apoderament també han obtingut bons resultats, ja que permeten desmitificar els estereotips que reproduïen les discriminacions i analitzar el sistema cisheteropatriarcal imperant.

- **Avaluació:**

És necessari incrementar les avaluacions de les intervencions per poder obtenir l'evidència necessària a l'hora de dissenyar noves estratègies. I aquestes avaluacions han de fer-se amb indicadors integrals, que no només se centrin en el canvi de conductes de risc. A més, cal anar més enllà dels indicadors clàssics, que generalment s'enfoquen a modificar conductes, creences i actituds. D'altra banda, s'han d'utilitzar mètodes mixtos a llarg termini. En aquest sentit, l'avaluació ha de centrar-se tant en l'impacte del programa com també en les seves característiques i en la seva implementació. D'aquesta manera, s'analitza qualitativament la qualitat dels continguts, les barreres que troba i els factors de l'entorn que faciliten la seva implementació.

Així mateix, s'ha de tenir en compte la perspectiva de les persones joves, la qual sol ser oblidada en la majoria de les avaluacions.

Tot això també implica la necessitat d'avaluar les diferents intervencions que s'estan duent a terme a Catalunya. El desenvolupament d'avaluacions rigoroses sobre les intervencions realitzades a Catalunya suposa un repte i pot oferir un gran potencial.

Annexos

Annex 1. Revisions sistemàtiques de la literatura incloses en l'estudi

Revisió sistemàtica	Nombre d'estudis	Àmbit i model	Metodologia	Perfils participants	Resultats	Àrea geogràfica
Orte <i>et al.</i> (2022)	33	Educació sexual integral. En l'escola i en la comunitat.	Presencial, ús de les TIC, i formació entre iguals.	Joventut (10 a 25 anys). Inclusió de famílies.	Coneixements sobre SSR.	Estats Units, Gran Bretanya, Països Baixos i Espanya.
Barriuso-Ortega (2022)	47 metaanàlisis	Educació sexual integral, centrada en riscos i abstinència. En l'escola.	Presencial i en línia.	Adolescència (10-19 anys)	Actituds i coneixements sobre sexualitat. Autoeficàcia. Intenció d'ús del preservatiu. Abstinència.	Estats Units, Xina, Iran, Sud-Àfrica i altres països.
Goldfarb <i>et al.</i> (2020)	80	Educació sexual integral. En l'escola.	Presencial.	Infància i adolescència.	Indicadors sobre: -Diversitat sexual (actituds homofòbiques, estereotips de gènere, justícia social). -Prevenició de violències masclistes (coneixements, actituds i incidència). -Relacions afectives. -Abusos sexuals. -Autoestima i autoimatge corporal. -Alfabetització mediàtica.	Estats Units, Canadà, Mèxic, Austràlia, Xina, Regne Unit, Països Baixos.
Torres-Cortés <i>et al.</i> (2023)	27	Educació sexual de diversos models (72% ESI, 22% riscos, 6% abstinència-plus). La majoria en l'escola.	Presencial.	Adolescència.	Actituds envers l'ús del preservatiu. Comunicació amb la parella. Realització de proves de	Àfrica, Europa, Nord-Amèrica.

Revisió sistemàtica	Nombre d'estudis	Àmbit i model	Metodologia	Perfils participants	Resultats	Àrea geogràfica
					VIH. Incidència violència masclista. Coneixements SSR. Ús del preservatiu.	
Zaneva <i>et al.</i> (2022)	33 metaanàlisis de 8 estudis	Tota mena d'intervencions sobre SSR que incorporen el plaer. Perspectiva interseccional en diversos articles.	Presencial.	Joventut. Inclou algun article per a més grans de 35 anys.	Ús del preservatiu.	Estats Units, Sud-àfrica, Brasil, Espanya, Regne Unit, Singapur, Nigèria i Mèxic.
Stewart <i>et al.</i> (2021)	71	Tot tipus d'intervenció sobre estereotips de gènere en relació amb la SSR (educació comunitat, polítiques públiques, campanyes).	Variable.	Joventut.	Actituds i conductes d'estereotips de gènere.	Estats Units, Índia, Àfrica, Sud-Amèrica, Nepal, Europa, Austràlia, Xina, Pakistan, Sri Lanka i Regne Unit.
Gonsalves <i>et al.</i> (2017)	45	Promoció de la SSR en les farmàcies (informació, dispensació d'anticonceptius, proves d'embaràs i VIH). Experiències de persones joves i de personal de farmàcia.	Presencial.	Menors de 25 anys.	Conductes de risc i ús d'anticonceptius en persones joves que accedeixen a les farmàcies.	Estats Units i Regne Unit. Països d'Àfrica, Irlanda, Austràlia, Suïssa i Bèlgica.
Denno <i>et al.</i> (2020)	18	Formació per al personal sanitari que promogui la SSR en el jovent.	Presencial.	Formació per a formadors en programes per a adolescents.	Competències i actituds de persones professionals sanitàries. Satisfacció de persones joves ateses. Increment en l'ús d'anticonceptius.	Països d'Àfrica, Índia, Xina, Brasil.
Bouaddi <i>et al.</i> (2023)	47	Intervencions per millorar l'accés i la utilització dels serveis de SSR en la població	Variable, formació entre iguals.	Persones joves i adultes.	Coneixements, actituds i habilitats sobre SSR. Accés a institucions sanitàries.	Estats Units, Xina, Uganda, Països Baixos, Suècia, Guinea i Tailàndia.

Revisió sistemàtica	Nombre d'estudis	Àmbit i model	Metodologia	Perfils participants	Resultats	Àrea geogràfica
		migrant. La major part en la comunitat.				
Mazur <i>et al.</i> (2018)	20	Intervencions dels serveis <i>youth-friendly</i> en la SSR.	Presencial.	12-24 anys.	Accés a centres <i>youth-friendly</i> . Competències persones professionals. Confidencialitat.	Àfrica subsahariana, Nord-Amèrica, Europa i Àsia.
Sell <i>et al.</i> (2023)	19	Educació sexual integral. En l'escola, amb perspectiva de gènere i promou l'empoderament.	Presencial.	10-18 anys.	Coneixements. Ús del preservatiu. Estereotips de gènere.	Europa, Àfrica, Nord-Amèrica i Austràlia.
Haberland (2015)	22	Educació sexual integral. En l'escola, l'àmbit sanitari i la comunitat.	Presencial.	Persones joves.	Coneixements SSR. Incidència en ITS i en embarassos no planificats.	Estat Units, majoritàriament.
Bohren <i>et al.</i> (2022)	12	Estratègies per reduir l'estigma i la discriminació en els serveis sanitaris de SSR.	Presencial.	Persones joves i adultes.	Disminució de prejudicis en persones professionals. Disminució de l'estigma percebut en dones racialitzades.	Estats Units, Bangladesh, Canadà, Sud-àfrica, Regne Unit, Zàmbia i Àfrica subsahariana.
Bailey <i>et al.</i> (2015)	19 metaanàlisis	Intervencions digitals integrals d'educació sexual.	En línia.	13-24 anys.	Coneixements de SSR. Autoeficàcia.	Regne Unit.
Martin <i>et al.</i> (2020)	60 articles 37 intervencions	Intervencions participatives en línia en diferents àmbits.	En línia	10-24 anys	Conductes i coneixements de SSR. Ús del preservatiu.	Estats Units, Canadà, Regne Unit, Països Baixos, Europa, Austràlia, Uganda, Brasil, Xile i Àsia.
Evans <i>et al.</i> (2022)	24 metaanàlisis amb 11 estudis	Educació sexual sobre salut menstrual. En l'escola.	Presencial i en línia.	10-14 anys.	Coneixements de salut menstrual. Actituds menstruació. Habilitats ús productes menstruals.	Iran, Turquia, Indonèsia, Etiòpia, Índia, Bangladesh, Uganda, Estats Units, Nepal, Kènia i Xina.

Revisió sistemàtica	Nombre d'estudis	Àmbit i model	Metodologia	Perfils participants	Resultats	Àrea geogràfica
					Accés a aigua i sabó per a la higiene, i a la medicació per a la dismenorrea.	
O'Farrell <i>et al.</i> (2020)	24	Educació sexual inclusiva i integral. En l'escola.	Presencial i en línia.	16-23 anys.	No s'especifiquen, només s'analitzen els programes.	Israel, Regne Unit, Estats Units, Austràlia, Països Baixos i Suècia.
Liu <i>et al.</i> (2023)	15	Intervencions digitals per a persones joves LGTBI. En l'àmbit escolar, el comunitari i el sanitari.	En línia.	12-22 anys. Persones LGTBI.	Salut mental en persones LGTBI.	Estats Units, Regne Unit, Països Baixos i Austràlia.
Hameed <i>et al.</i> (2020)	18	Intervencions per promoure la SSR en persones amb diversitat funcional. En l'escola o en les institucions sanitàries.	Presencial.	Persones joves i adultes amb diversitat funcional.	Coneixements i actituds de salut menstrual, ITS, embarassos no planificats i violència sexual. Habilitats per millorar l'autoimatge genital de persones amb diversitat funcional física. Accés als serveis de SSR.	Sud-Àfrica, Brasil, Iran, Equador, Turquia, Azerbaidjan i Filipines.
Mac-Seing <i>et al.</i> (2022)	Anàlisi qualitativa	Polítiques de SSR per a persones amb diversitat funcional.	-	Persones joves i adultes amb diversitat funcional.	Resultats qualitatius sobre barreres en polítiques.	Uganda.

7. Referències bibliogràfiques

- Alfama, E.; Cruells, M.; De la Fuente, M. (2014). "Medir la igualdad de género. Debates y reflexiones a partir de una propuesta de sistema de indicadores clave". *Athenea Digital*, 14(4), 209-235. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.1460>
- Bailey, J.; Mann, S.; Wayal, S.; Hunter, R.; Free, C.; Abraham, C.; Murray, E. (2015). *Sexual health promotion for young people delivered via digital media: a scoping review*. NIHR Journals Library. <https://doi.org/10.3310/phr03130>
- 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. (2022). *Educación sexual en la adolescencia: revisión sistemática de programas y meta-análisis* [Tesi doctoral]. Universidad de Burgos.
- 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>
- Berglas, N.F.; Constantine, N.A.; Ozer, E.J. (2014). "A Rights-Based Approach to Sexuality Education: Conceptualization, Clarification and Challenges". *Perspect Sex Repro H*, 46. 63-72. <https://doi.org/10.1363/46e1114>
- Bohren, M. A.; Vazquez Corona, M.; Odiase O. J.; Wilson, A. N.; Sudhinaraset, M.; Diamond-Smith, N. et al. (2022). "Strategies to reduce stigma and discrimination in sexual and reproductive healthcare settings: A mixed-methods systematic review". *PLOS Glob Public Health* 2(6): e0000582. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000582>
- Bouaddi, O.; Zbiri, S.; Belrhiti, Z. (2023). "Interventions to improve migrants' access to sexual and reproductive health services: a scoping review". *BMJ global health*, 8(6), e011981. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-011981>
- Boyce, K. S.; Travers, M.; Rothbart, B.; Santiago, V.; Bedell, J. (2018). "Adapting Evidence-Based Teen Pregnancy Programs to Be LGBT-Inclusive: Lessons Learned". *Health Promotion Practice*, 19(3), 445-454. <https://doi.org/10.1177/1524839918756888>
- BZgA-Federal Centre for Health Education i International Planned Parenthood Federation European Network (2018). *Sexuality Education in Europe and Central Asia. State of the Art and Recent Developments*. BZgA i IPPF European Network.
- Calvo, S. (2015). "Educación sexual mediática. Incorporando la alfabetización mediática crítica en un programa de educación sexual para educación secundaria obligatoria". *Redes*, 12, 194-221. <https://doi.org/10.15213/redes.n12.p194>
- Denno, D. M.; Plesons, M.; Chandra-Mouli, V. (2020). "Effective strategies to improve health worker performance in delivering adolescent-friendly sexual and

- reproductive health services". *International journal of adolescent medicine and health*, 33(6), 269–297. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2019-0245>
- Evans, R. L.; Harris, B.; Onuegbu, C.; Griffiths, F. (2022). "Systematic review of educational interventions to improve the menstrual health of young adolescent girls". *BMJ open*, 12(6), e057204. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057204>
- FoSE-Future of Sex Education Initiative (2020). *National Teacher Preparation Standards for Sexuality Education*. FoSE.
- Goldfarb, E. S.; Lieberman, L. D. (2021). "Three Decades of Research: The Case for Comprehensive Sex Education". *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 68(1), 13–27. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.036>
- Gonsalves, L.; Hindin, M. J. (2017). "Pharmacy provision of sexual and reproductive health commodities to young people: a systematic literature review and synthesis of the evidence". *Contraception*, 95(4), 339–363. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.12.002>
- Haberland N. A. (2015). "The case for addressing gender and power in sexuality and HIV education: a comprehensive review of evaluation studies". *International perspectives on sexual and reproductive health*, 41(1), 31–42. <https://doi.org/10.1363/4103115>
- Hameed, S.; Maddams, A.; Lowe, H.; Davies, L.; Khosla, R.; Shakespeare, T. (2020). "From words to actions: systematic review of interventions to promote sexual and reproductive health of persons with disabilities in low- and middle-income countries". *BMJ global health*, 5(10), e002903. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002903>
- 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>
- 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>
- Ketting, E.; Brockschmidt, L.; Ivanova, O. (2021) "Investigating the 'C' in CSE: implementation and effectiveness of comprehensive sexuality education in the WHO European region". *Sex Education*, 21(2), 133–147. <https://doi.org/10.1080/14681811.2020.1766435>
- Kuo, C.; Jasczynski, M.; Yoo, J. H.; Robinson, J. L.; Reynolds, K.; Anoruo, L.; Bae, K.; Ka'opua, L. S.; Chavez, R.; Tellei, J.; Aparicio, E. M. (2023). "I Need to Get My Culture Back: Youth and Provider Perspectives on Integrating Culturally Based Approaches into Sexual and Reproductive Health Programs for Native Hawaiian and Pacific Islander Youth Experiencing Homelessness". *Prevention science: the official journal of the Society for Prevention Research*, 24(Suppl 2), 209–221. <https://doi.org/10.1007/s11121-023-01573-7>

- Lameiras, M.; Carrera, V. (2009). *Educación sexual: de la teoría a la práctica*. Ediciones Pirámide.
- Liu, Y.; Wu, Y. C.; Fu, H.; Guo, W. Y.; Wang, X. (2023). "Digital intervention in improving the outcomes of mental health among LGBTQ+ youth: a systematic review". *Frontiers in psychology*, 14, 1242928. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1242928>
- López, F. (2005). *La educación sexual*. Biblioteca Nueva.
- Mac-Seing, M.; Ochola, E.; Ogwang, M.; Zinszer, K.; Zarowsky, C. (2022). "Policy Implementation Challenges and Barriers to Access Sexual and Reproductive Health Services Faced By People With Disabilities: An Intersectional Analysis of Policy Actors' Perspectives in Post-Conflict Northern Uganda". *International Journal of Health Policy and Management*, 11(7), 1187-1196. doi: 10.34172/ijhpm.2021.28
- 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>
- Martin, P.; Cousin, L.; Gottot, S.; Bourmaud, A.; De la Rochebrochard, E.; Alberti, C. (2020). "Participatory Interventions for Sexual Health Promotion for Adolescents and Young Adults on the Internet: Systematic Review". *Journal of medical Internet research*, 22(7), e15378. <https://doi.org/10.2196/15378>
- Mazur, A.; Brindis, C. D.; Decker, M. J. (2018). "Assessing youth-friendly sexual and reproductive health services: a systematic review". *BMC health services research*, 18(1), 216. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2982-4>
- Mevisen, F. E. F.; Kok, G.; Watzeels, A.; Van Duin, G.; Bos, A. E. R. (2018). "Systematic Development of a Dutch School-Based Sexual Prejudice Reduction Program: An Intervention Mapping Approach". *Sexuality Research and Social Policy*, 15(4), 433-451. <https://doi.org/10.1007/s13178-017-0301-1>
- Michielsen, K.; De Meyer, S.; Ivanova, O. (2016). "Reorienting adolescent sexual and reproductive health research: reflections from an international conference". *Reproductive Health*, 13(3). <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0117-0>
- O'Farrell, M.; Corcoran, P.; Davoren, M. P. (2021). "Examining LGBTI+ inclusive sexual health education from the perspective of both youth and facilitators: a systematic review". *BMJ Open*, 11. e047856. doi: 10.1136/bmjopen-2020-047856
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Developing sexual health programmes. A framework for action*. Ginebra: OMS.
- Orte, C.; Sarrablo-Lascorz, R.; Nevot-Caldentey, L. (2022). "Revisión Sistemática sobre Programas e Intervenciones de Educación Afectivo-Sexual para Adolescentes". *REICE. Revista Iberoamericana Sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 20(3). <https://doi.org/10.15366/reice2022.20.3.008>
- Ruane-McAteer, E.; Amin, A.; Hanratty, J.; Lynn, F.; Corbijn van Willenswaard, K.; Reid, E.; Khosla, R.; Lohan, M. (2019). "Interventions addressing men, masculinities and gender equality in sexual and reproductive health and rights: an evidence

- and gap map and systematic review of reviews". *BMJ global health*, 4(5), e001634. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001634>
- Sell, K.; Oliver, K.; Meiksin, R. (2023). "Comprehensive Sex Education Addressing Gender and Power: A Systematic Review to Investigate Implementation and Mechanisms of Impact". *Sex Res Soc Policy* 20, 58–74. <https://doi.org/10.1007/s13178-021-00674-8>
- Stewart, R.; Wright, B.; Smith, L.; Roberts, S.; Russell, N. (2021). "Gendered stereotypes and norms: A systematic review of interventions designed to shift attitudes and behavior". *Heliyon*, 7(4), e06660. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e06660>
- Torres-Cortés, B.; Leiva, L.; Canenguez, K.; Olhaberry, M.; Méndez, E. (2023). "Shared Components of Worldwide Successful Sexuality Education Interventions for Adolescents: A Systematic Review of Randomized Trials". *International journal of environmental research and public health*, 20(5), 4170. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054170>
- UNESCO-United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2018). *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad. Un enfoque basado en la evidencia*. UNESCO.
- UNESCO-United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2024). *Educación integral en sexualidad: Para educandos sanos, informados y empoderados*. Disponible al web: <https://www.unesco.org/es/health-education/cse> (darrera consulta: setembre 2024).
- UNFPA-United Nations Fund for Population Activities (2015). *La evaluación de los programas de educación integral para la sexualidad: Un enfoque en resultados de principios de género y empoderamiento*. UNFPA.
- U. S. Department of Health & Human Services (2020). *Grant Programs*. <https://opa.hhs.gov/grant-programs>
- Zaneva, M.; Philpott, A.; Singh, A.; Larsson, G.; Gonsalves, L. (2022). "What is the added value of incorporating pleasure in sexual health interventions? A systematic review and meta-analysis". *PloS one*, 17(2), e0261034. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261034>

 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 a l'Estat
contra la violència de gènere

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

 **Què
funciona?**