



Què funciona en
gènere i joventut?

Guia

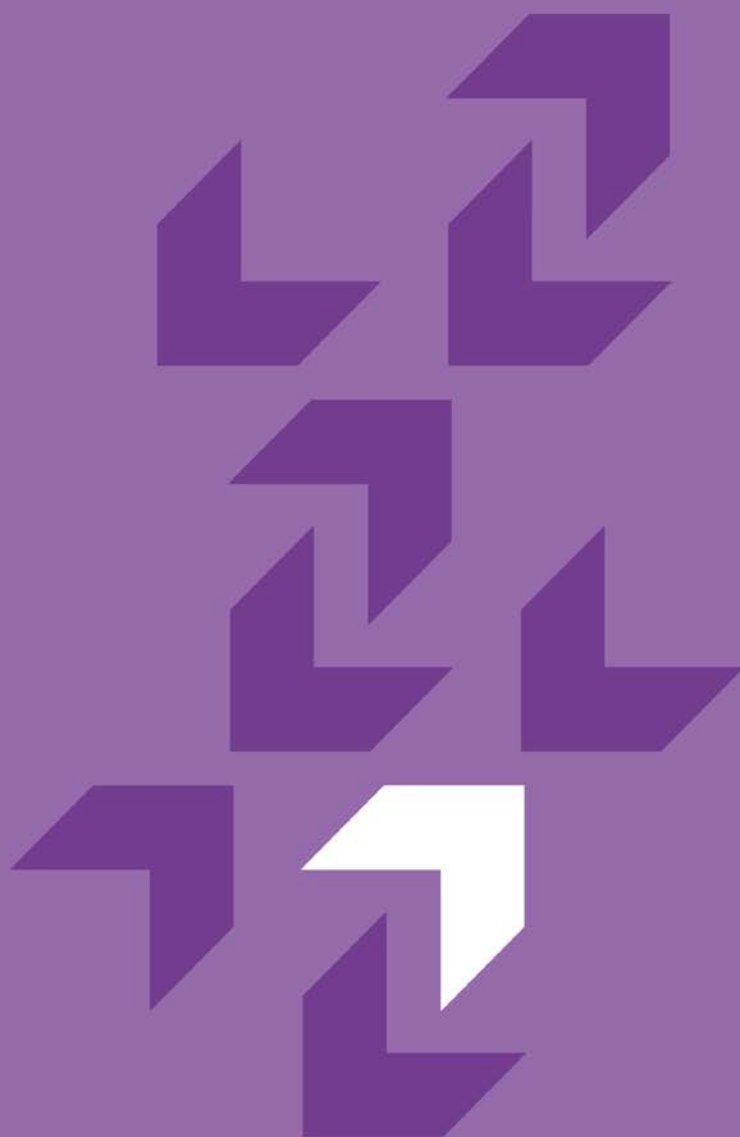
Com promoure la salut sexual i reproductiva en l'àmbit de la joventut? Guia pràctica

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? Guia pràctica

Informe definitiu:

Març de 2025

Àmbit temàtic:

Salut Sexual i Reproductiva

Projecte conjunt de:

Agència Catalana de la Joventut -
Departament de Drets Socials -
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 Feminismes

Projecte finançat per:

Agència Catalana de la Joventut i 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

Document realitzat per:

Apòstrof SCCL, a partir dels continguts elaborats
per Sonia Barriuso Ortega (Universidad de Burgos)
i Sandra Cundines (SIDA STUDI), amb
l'acompanyament d'Ivàlua, l'Agència Catalana de
la Joventut i el Departament d'Igualtat i
Feminismes



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 a l'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

Introducció.....	4
1. Què és la salut sexual i reproductiva?.....	6
2. Com es relaciona la SSR amb la joventut?.....	8
3. Per què és important conèixer què diu l'evidència científica sobre programes de SSR?	14
4. Quins tipus d'intervencions en SSR existeixen?	15
5. Què diu l'evidència internacional sobre les intervencions en SSR?	18
6. Com transferim aquesta evidència a Catalunya?	26
7. Implicacions de l'evidència per als programes i polítiques desplegats a Catalunya.....	27
8. Glossari.....	38
9. Annex: els programes de SSR a Catalunya	41

Introducció

La salut sexual i reproductiva (SSR) és essencial al llarg de la vida, però adquireix una importància especial durant la joventut. Tot i els esforços de les administracions públiques i les entitats del tercer sector per promoure-la mitjançant programes i serveis, no totes les actuacions han estat efectives. Això sovint es deu a la manca d'una perspectiva de gènere i d'una visió basada en el cicle de vida, que permetin reconèixer la diversitat de necessitats i interessos i dissenyar respostes adequades.

A més, moltes polítiques en aquest àmbit sovint no es basen en l'evidència científica disponible, fet que pot dificultar l'assoliment dels objectius i perpetuar errors ja coneguts. Revisar investigacions i avaluacions d'intervencions en aquest àmbit és clau per identificar què funciona, per a qui i per què, i sobre la base d'aquesta informació dissenyar i implementar intervencions més efectives i eficients, optimitzant els recursos disponibles.

Aquest document pretén omplir un buit de coneixement donant resposta a la pregunta: *Què funciona en salut sexual i reproductiva en la joventut?* Es tracta d'una eina pràctica destinada a professionals que treballen amb persones joves dels àmbits de la joventut, el gènere i la salut, tant de l'Administració com del tercer sector i de la societat civil. Gràcies al rigor metodològic amb què s'ha elaborat, també és un recurs valuós per a investigadores i investigadors interessats en aquest camp. L'objectiu principal de la guia és proporcionar una base sòlida d'evidència científica que ajudi a dissenyar noves polítiques o a revisar-ne d'existents per garantir-ne l'efectivitat.

Els objectius d'aquesta guia són:

- Ajudar les persones professionals a entendre millor el rol de la salut sexual i reproductiva en la joventut.
- Donar a conèixer les característiques dels programes que s'han demostrat efectius en aquest àmbit.
- Oferir orientacions pràctiques sobre les principals àrees d'actuació.
- Promoure l'ús de l'evidència científica com a base per al disseny i la implementació de polítiques i programes.
- Detectar buits en el coneixement científic i identificar àmbits clau per a futures avaluacions.

Després de la introducció, la Secció 1 defineix què és la salut sexual i reproductiva i la Secció 2 explica com es relaciona amb la joventut. La Secció 3 classifica els diferents tipus d'intervencions que existeixen en aquest àmbit. La Secció 4 argumenta per què és important conèixer què diu l'evidència científica sobre programes de salut sexual i

reproductiva, i la Secció 5 presenta els resultats de la síntesi d'evidència internacional i rigorosa existent en l'àmbit. La Secció 6 i la 7 expliquen com s'adapta aquesta evidència al context català i fan propostes concretes per a la seva implementació. Al final del document, s'hi pot trobar un Glossari que conté definicions dels conceptes més rellevants.

Aquest document s'ha elaborat en el marc del projecte "Què funciona en gènere i joventut", una iniciativa d'Ivàlua i l'Agència Catalana de la Joventut (Departament de Drets Socials i Inclusió) amb la col·laboració del Departament d'Igualtat i Feminisme. Els continguts de la guia es basen en dos documents previs elaborats per Sonia Barriuso. El primer document¹ conceptualitza la salut sexual i reproductiva i analitza l'estat actual d'aquesta qüestió. El segon document,² que és especialment rellevant per a aquesta guia, ofereix una síntesi d'evidències sobre els factors que fan que els programes siguin efectius en la promoció de la SSR.³ A més, la guia inclou els resultats del treball d'anàlisi i contrast amb persones expertes sobre les implicacions d'aquesta síntesi en el context català, desenvolupat per Sandra Cundines.

¹ Barriuso Ortega, S. (2024). *Què és la salut sexual i reproductiva i com afecta en l'àmbit de la joventut?*

² Barriuso Ortega, S. (2024). *Com promoure la salut sexual i reproductiva en l'àmbit de la joventut? Revisió de l'evidència internacional.*

³ Per recuperar les referències originals de la síntesi, es pot consultar directament aquests dos documents.

1. Què és la salut sexual i reproductiva?

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. En canvi, en les últimes dècades s'està proposant un model més integral i holístic, que reconeix la sexualitat com una construcció social diversa (vegeu Taula 1). Les diferents realitats socials, culturals i ètniques desemboquen en diferents models i vivències de sexualitat i, per tant, en concepcions també diverses sobre el cos, el plaer, les conductes i les relacions afectives. Per tot això sovint es parla de sexualitats en plural.

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

Model	Model hegemònic de sexualitat	Model holístic
PARADIGMA	Biologicista 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 sexuats 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: Barriuso, S. (2024) a partir de Lameiras i Carrera (2009), i Creació Positiva i SIDA STUDI (2020).

L'OMS (2018) descriu la sexualitat com "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 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'evolució dels conceptes de salut sexual i de drets sexuals és fruit de la lluita dels moviments feministes i LGTBI. En la seva conceptualització també hi han participat organitzacions com la Federació Internacional de Planificació Familiar (IPPF) i

l'Associació Mundial per a la Salut Sexual (WAS, abans Associació Mundial de la Sexologia).

La salut sexual i reproductiva s'ha de tractar des d'una perspectiva interseccional i de gènere, així com partint d'un enfocament de drets, és a dir, concebre la SSR com el resultat d'un context en què es compleixen els drets sexuals.

Pel que fa a la salut sexual, l'any 2010, l'OMS la va descriure de la manera 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".

Quant als drets sexuals, estan molt lligats al context social i polític, cosa que els fa canviants. La primera Declaració dels Drets Sexuals va tenir lloc al XIII Congrés Mundial de Sexologia el 1997. Aquesta declaració fou revisada en el 14è Congrés Mundial de Sexologia de 1999, i reconeix els drets següents, malgrat que no són jurídicament vinculants:

1. Dret a la llibertat sexual.
2. Dret a l'autonomia, la integritat i la seguretat sexuals del cos.
3. Dret a la privacitat sexual.
4. Dret a l'equitat sexual.
5. Dret al plaer sexual.
6. Dret a l'expressió sexual emocional.
7. Dret a la lliure associació sexual.
8. Dret a la presa de decisions reproductives, lliures i responsables.
9. Dret a la informació basada en el coneixement científic.
10. Dret a l'educació sexual integral.
11. Dret a la cura de la salut sexual.

2. Com es relaciona la SSR amb la joventut?

2.1. La SSR en l'adolescència i la joventut

No hi ha un consens absolut sobre què entenem per adolescència i joventut. L'OMS delimita l'adolescència com el període comprès entre els 10 i els 19 anys. Pel que fa a la joventut, 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.

Aclarim també que l'adolescència i la joventut no conformen col·lectius homogenis. Encara que s'acostumen a compartir algunes experiències, necessitats i desitjos específics relacionats amb les sexualitats, en cada societat presenten les seves particularitats i estan influïdes per les desigualtats estructurals i socials.

Tenint en compte que som éssers sexuats des que naixem, l'adolescència no és l'inici de la sexualitat, sinó la continuació d'un procés.⁴ La SSR en l'adolescència inclou els canvis propis de la pubertat i la necessitat d'establir una identitat pròpia. En aquest moment, solen iniciar-se les relacions amoroses i les relacions sexuals coitals.

2.2. Quins eixos de desigualtat influeixen en la SSR en la joventut, aplicant una perspectiva interseccional?

Segueixen existint barreres importants en l'exercici dels drets sexuals i reproductius d'adolescents i joves. Destaquen la manca d'informació; l'obligació de ser major d'edat per accedir a certs serveis relacionats amb la SSR sense el consentiment de la família; la pressió estètica; les violències masclistes; els mites sobre els gèneres i les sexualitats; el preu dels productes menstruals; la manca d'alfabetització menstrual i de coneixement del cicle sexual; l'estigmatització de les pràctiques i els discursos de la joventut relacionats amb la SSR, i el predomini del missatge de la por i el risc associat a la sexualitat d'adolescents i joves.

Aquestes barreres o mancances són travessades per la interacció de diferents eixos de desigualtat (gènere, classe, diversitat funcional, diversitat d'origen, religió, etc.) i, per tant, s'agreugen per a determinats col·lectius; és a dir, existeixen eixos de desigualtat que afecten la SSR de manera interseccional, com ara el sexisme, la LGTBI-fòbia, el racisme i l'heteronormativitat, entre d'altres.

Per exemple:

- Els espais d'informació i atenció vers la SSR no estan preparats per atendre les persones d'orígens culturals i religiosos diversos, fet que pot generar problemes

⁴ Gómez-Zapiain, J. (2013). *Programa de integració de la educació sexual en el sistema educatiu. Guia del professorat*. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

d'accés i comprensió, així com un acompanyament deficient per part de les persones professionals.

- Les dificultats per regularitzar la situació administrativa de les persones joves migrants sense referents adults, juntament amb l'estigma i la criminalització que pateixen, dificulten el seu accés al sistema de salut.
- El personal sanitari compta amb poca formació en diversitat sexual i de gènere, i l'enfocament mèdic, majoritari en aquest tema, segueix patologitzant les experiències *trans**, impactant en la seva autoestima i salut mental.
- Els grups socials desavantatjats socioeconòmicament presenten més risc a certs tipus de càncer com el de coll d'úter.
- Persisteixen les desigualtats en la informació i l'accés als mètodes anticonceptius. Tant la responsabilitat del seu ús com els seus efectes secundaris continuen recaient sobre les dones.
- Pel que fa a la interrupció voluntària de l'embaràs, segueix existint un estigma social cap a les dones que dificulta la seva pràctica. A més, l'assistència sanitària en aquest àmbit és excessivament generalista i no atén necessitats i expectatives individuals. Persisteixen les desigualtats en la informació, la prevenció i l'accés a les proves diagnòstiques relacionades amb les infeccions de transmissió sexual (ITS).
- Les persones joves amb determinades malalties cròniques poden veure afectada la seva sexualitat. El personal sanitari ha de valorar cada cas de manera integral i oferir solucions d'acord amb les necessitats individuals.
- La recerca mèdica segueix sent androcèntrica i les malalties que afecten les persones amb úter resten infraestudiades. Per exemple, les dones i les persones *trans** que pateixen endometriosis no reben prou atenció.

2.3. Quins són els principals agents que influeixen en la SSR d'adolescents i joves?

Conèixer els agents que influeixen en la SSR d'adolescents i joves permet localitzar els actors clau en l'atenció de les necessitats d'aquest grup de població, així com identificar línies de treball conjuntes o complementàries. L'abast de la SSR no sols és responsabilitat de la persona, sinó que també hi influeixen la família, l'escola, la comunitat, la comunitat digital, així com les lleis i les polítiques. Tot seguit s'analitza cada un d'aquests agents:

2.3.1. Les famílies

Les famílies tenen una gran influència en el desenvolupament de la sexualitat i l'afectivitat dels seus fills i filles perquè en són referents principals. En gran part ho

fan a través de missatges no verbals que no sempre coincideixen amb els verbals. Les mares, per exemple, tenen un paper primordial en la transmissió de coneixements sobre la menstruació.

Tanmateix, la funció educadora de les famílies en el terreny de la sexualitat no està exempta de debat. Alguns autors i autores apunten que els valors familiars en aquest àmbit no poden prevaldre sobre els drets sexuals i reproductius dels fills i filles (López, 2005). En aquest sentit, la col·laboració entre escola i famílies pot tenir un elevat potencial per assegurar l'exercici dels drets sexuals i reproductius d'infants i joves. Ara bé, cal tenir present les barreres que es creen quan les famílies perceben prejudicis per part dels i de les professionals de l'educació que defineixen la seva forma de ser i els seus costums com a inapropiats.

2.3.2. L'escola

L'escola ha de fomentar l'educació sexual al llarg de tot el currículum escolar. És una bona manera perquè l'educació sexual arribi a tota la població, permet fer-se de manera seqüenciada i significativa, pot interactuar amb les institucions sanitàries i altres recursos comunitaris, i retroalimentar-se, i fa realitat el dret a l'educació sexual.

Amb tot, l'escola no sempre és eficaç en l'educació sexual d'adolescents i joves. De vegades els continguts són superficials o estan desfasats, els llibres de text transmeten el model hegemònic de sexualitat i el professorat està poc format en la matèria.

2.3.3. Les institucions sanitàries

Les institucions sanitàries tenen un paper bàsic en la promoció de la SSR. Acostumen a oferir atenció a les persones joves, consell reproductiu, control i seguiment de l'embaràs, diagnòstic prenatal, interrupció voluntària de l'embaràs, educació maternal, atenció al puerperi, prevenció del càncer de coll uterí i del càncer de mama, atenció a les ITS i la patologia ginecològica, activitat comunitària a persones adultes, educació afectiva i sexual, i atenció a les dones víctimes de violències masclistes.

L'OMS Europe (2001) defensa disposar de centres de SSR d'Atenció a Joves adreçats a adolescents i joves, ja que s'hi aconsegueix una atenció especialitzada.

Finalment, cal destacar el paper de les farmàcies, que poden assessorar i dispensar anticonceptius, prevenir i diagnosticar ITS, i atendre l'embaràs.

2.3.4. La comunitat

Les amistats exerceixen una gran influència en adolescents i joves. Fins i tot en certs casos aquesta influència supera la de les famílies.

El lleure educatiu, com a espai de socialització d'infants, adolescents i joves, és un agent clau per prevenir les violències masclistes, ja que crea espais molt rics en components socialitzadors i educatius.

2.3.5. La comunitat digital

Actualment, l'ampli accés a les TIC ha modificat els hàbits de la població. Aquestes poden ser una eina per trobar una comunitat afí i per adquirir informació. Destaca la tasca dels divulgadors en temes de SSR a través d'Instagram o de pòdcasts, les botigues eròtiques en línia amb contingut sobre educació sexual i les pàgines educatives d'entitats i d'associacions. Així mateix, les TIC permeten l'aparició de noves pràctiques sexuals com el *sèxting*, que és l'intercanvi consensuat de contingut sexual d'elaboració pròpia a través de mitjans digitals.

Ara bé, les TIC també són una eina de reproducció del sistema sexe/gènere. Existeix, per exemple, un biaix de gènere en la publicació de *selfies* a Instagram on es reproduceix una visió sexista i comercial de l'erotisme. A més, existeix una pornografia *mainstream* difosa a través de les TIC que reproduceix els estereotips de gènere, entre d'altres, i on predomina la violència i la dominació. A manca d'una educació sexual integral, aquest tipus de pornografia pot esdevenir una de les principals fonts d'informació sobre la sexualitat entre adolescents i joves.

A més, en una societat masclista i patriarcal, l'enviament de fotos pròpies i comentaris amb contingut sexual que fan els homes, sovint està mancat del consentiment de l'altra persona i, per tant, esdevé una nova forma de violència masclista digital. També cal tenir present l'aparició d'una forma de violència relacionada amb la tramesa d'imatges: el *sexpreading*. Aquest fa referència al reenviament d'imatges alienes amb contingut sexual. Tot i que no és exclusiu de l'adolescència, el risc a produir *sexpreading* augmenta en aquesta etapa a causa de la pressió grupal.

2.3.6. Les lleis i les polítiques

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 a desenvolupar serveis i recursos per promoure la salut sexual i reproductiva o bé obstaculitzar-ne el desenvolupament i vulnerar els drets sexuals i reproductius.

2.4. Quins elements influeixen en la SSR de les persones joves?

Podem classificar els elements clau de la salut sexual i reproductiva en tres àmbits: el cos, el plaer sexual i la salut.

2.4.1. Cos

Els principals fenòmens relacionats amb el cos que influeixen en la SSR de les persones joves són:

- La pressió estètica: els cànons de bellesa i la pressió estètica poden fer minvar l'autoestima i provocar problemes de salut, tant física com mental. Un exemple d'això són els trastorns de la conducta alimentària i l'obsessió pel control del pes, que poden derivar en malalties com l'anorèxia o la bulímia. Moltes inseguretats que sofreixen les dones respecte als seus cossos deriven dels ideals de perfecció que marca la societat. Les persones *trans** també pateixen vulneracions de drets perquè no s'adeqüen al cos estereotipat. A això s'uneix la racialització dels cossos de les persones no blanques i la discriminació de les que tenen diversitat funcional.
- La menstruació: segueix sent un tabú; per això, encara avui moltes adolescents oculten la seva aparició i consideren que no han rebut prou informació ni dels mitjans de comunicació ni de l'escola.

El cost dels productes menstruals pot afectar la salut. Segons l'enquesta Òmnibus 2023 de la Generalitat, moltes persones que tenen la regla utilitzen productes que no són la seva preferència perquè altres són massa cars, i de vegades han de reutilitzar productes d'un sol ús per les mateixes raons.

2.4.2. El plaer sexual

El plaer s'ha incorporat recentment a les polítiques de salut sexual. Encara és l'element menys desenvolupat i no està exempt de polèmica i d'interpretacions variades.

Els principals fenòmens relacionats amb el plaer sexual que influeixen en la SSR d'adolescents i joves són:

- La interpretació restrictiva del plaer sexual basada en el model hegemònic: fal·locentrisme, heteronormativitat, adultocentrisme, etc.
- La perduració de molts mites sobre les sexualitats: la inevitabilitat del dolor i el sagnat en la primera relació coital, l'obligatorietat d'acabar les relacions amb l'ejaculació masculina, la perillositat de mantenir relacions amb la menstruació, i també sobre la grandària del penis, sobre l'homosexualitat, sobre l'anormalitat d'algunes conductes sexuals, sobre l'absència de sexualitat en les persones amb diversitat funcional, etc.

2.4.3. La salut

Els principals fenòmens relacionats amb la salut que influeixen en la SSR d'adolescents i joves són:

- El tractament de les infeccions de transmissió sexual (ITS), de vegades estigmatitzador o no prou adequat o igualitari.
- L'ús d'anticonceptius, que de vegades no són els adequats.
- Els drets reproductius prenatals, durant el part i puerperals, incloent-hi la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE), de vegades no prou respectats.
- El tractament de les malalties que poden afectar la SSR (endometriosis, càncers ginecològics i de cèrvix, disfuncions sexuals...), de vegades estigmatitzador o no prou adequat o igualitari.

3. Per què és important conèixer què diu l'evidència científica sobre programes de SSR?

Les revisions sistemàtiques d'evidència permeten accedir a una síntesi clara i precisa sobre l'efectivitat d'un tipus concret de polítiques o intervencions. Aquestes revisions s'elaboren responenent a preguntes específiques, recopilant informació de diverses avaluacions –basades principalment en dissenys experimentals o quasi experimentals, que permeten la identificació d'efectes causals– per determinar què funciona i què no, i serveixen de base per orientar les actuacions cap a objectius concrets amb garanties més sòlides.

El valor d'aquest coneixement és especialment rellevant en programes de salut sexual i reproductiva (SSR), ja que aquest àmbit ha experimentat canvis significatius en els últims anys i, en el nostre context, encara hi ha poca recerca centrada en un enfocament integral, especialment quan es posa el focus en la joventut. Aquesta revisió d'evidència ofereix a les persones responsables, tant en l'àmbit polític com tècnic, una base sòlida per dissenyar i implementar intervencions fonamentades en dades rigoroses sobre la seva eficàcia i eficiència. A més, proporciona un marc de referència per enriquir els debats polítics i tècnics, fomentant una anàlisi crítica i ben informada de les alternatives disponibles.

Les revisions d'evidència també milloren la transparència i la rendició de comptes en el procés de presa de decisions. En exposar les bases científiques de cada política, augmenta la confiança pública i professional, garantint que les polítiques són efectives i que aquesta efectivitat es justifica amb dades fiables. Aquest procés facilita que el debat polític es fonamenti en informació robusta i rellevant.

Tanmateix, cal considerar les limitacions de l'evidència, com ara la falta de representativitat en alguns contextos o l'absència d'avaluacions específiques en determinades realitats. És per això que l'experiència i la intuïció dels i de les professionals són imprescindibles per complementar l'evidència científica, assegurant que les polítiques s'adaptin a les necessitats reals i particulars de cada context.

4. Quins tipus d'intervencions en SSR existeixen?

Amb l'objectiu d'entendre de quin tipus de programes deriva l'evidència internacional, a continuació es presenta una descripció d'aquells que han estat avaluats de manera rigorosa, sense pretendre fer una llista exhaustiva de tots els programes existents. El ventall d'actuacions que es presenta és molt divers, tant en objectius com en estratègies i actuacions. Per facilitar la comprensió, els programes analitzats es desglossen segons àmbit, col·lectiu destinatari, objectiu, estratègia, durada i freqüència, i metodologia.

4.1. Àmbit

Els programes internacionals de SSR analitzats operen en els àmbits educatiu, sanitari, social i comunitari, i digital (aquests són molt nombrosos). També hi ha intervencions que impliquen la participació d'agents de diversos àmbits, entre els quals destaquen el personal docent, el col·lectiu de professionals mèdics, el personal d'infermeria, les llevadores, els treballadors i les treballadores socials, el col·lectiu de farmàcia, els i les professionals de la salut mental, etc.

4.2. Col·lectiu destinatari

Les intervencions avaluades s'adrecen a persones entre els 10 i els 35 anys, encara que la majoria se centren a l'adolescència, és a dir, entre els 10 i els 19 anys. Hi participen perfils diversos d'ètnia, gènere, orientació sexual, nivell socioeconòmic i diversitat funcional. Alguns programes adreçats a joves també inclouen sessions amb les famílies.

A més, s'han recollit intervencions centrades en col·lectius amb necessitats específiques: formadors i formadores en programes per a adolescents, persones LGTBI i persones joves i adultes amb diversitat funcional.

4.3. Estratègia

La majoria d'estudis avaluats són programes d'educació sexual, els quals es poden classificar en:

- 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.

Trobem programes que parteixen d'enfocaments o models diferents. Destaca l'Educació Integral en Sexualitat (EIS), que s'acostuma a seguir a Europa. En canvi, en molts programes dels Estats Units predomina el model de riscos, que es correspon amb un enfocament exclusivament mèdic.

Així mateix, hi ha altres estratègies d'intervenció que tenen les seves pròpies particularitats i són:

- Les intervencions d'assistència sanitària. Estan relacionades amb les proves diagnòstiques sobre la SSR, les consultes en atenció especialitzada i en atenció primària, les intervencions com ara la interrupció voluntària de l'embaràs, etc.
- Les campanyes de sensibilització. Inclouen, per exemple, la dispensació d'anticonceptius i de productes menstruals, o les campanyes publicitàries.
- La provisió de recursos i les millores en l'accessibilitat als serveis. Permet identificar i eliminar les possibles barreres que obstaculitzen l'accés a la SSR, tot aplicant una perspectiva interseccional.

En conjunt, molt pocs programes internacionals avaluats tenen perspectiva feminista i interseccional i els seus indicadors no sempre reflecteixen el model holístic de la SSR.

4.4. Objectiu

Els estudis avaluen intervencions de promoció de la SSR que persegueixen objectius molt diversos. Ordenats de més a menys freqüència són:

- Ampliar coneixements sobre SSR en general o sobre aspectes específics.
- Modificar creences i actituds.
- Modificar comportaments.
- Millorar aspectes psicològics: més autoeficàcia, autoestima, empatia, etc.
- Millorar l'accessibilitat als serveis de SSR per part de les persones migrants, les persones amb diversitat funcional i les persones joves en general.

Les dimensions analitzades per cadascun dels objectius són:

Taula 2. Dimensions d'anàlisi dels objectius de les intervencions analitzades

OBJECTIUS	DIMENSIONS D'ANÀLISI
AMPLIAR CONEIXEMENTS SOBRE SSR EN GENERAL O SOBRE ASPECTES ESPECÍFICS	Violències masclistes
	Relacions afectives
	Seguretat personal
	Abusos sexuals
	Relacions afectives
	Salut menstrual
	Ús dels serveis sanitaris
MODIFICAR CREENCES I 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 promociónen la SSR
	Reducció dels prejudicis racials de les persones professionals
MILLORAR ASPECTES PSICOLÒGICS: MÉS AUTOEFICÀCIA, AUTOESTIMA, EMPATIA, ETC.	Millora en les actituds relacionades amb la menstruació
	Increment de la satisfacció de les persones joves ateses
	Reducció de l'estigma percebut
	Increment de l'autoeficàcia
	Millora de l'empatia, l'autoestima i la visió positiva de la imatge corporal
	Reducció dels nivells de depressió, d'estrès i d'ansietat de les persones LGTBI
MODIFICAR COMPORTAMENTS	Desenvolupament d'habilitats de desconstrucció dels mitjans de comunicació
	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 afectivosexuals de risc
MILLORAR L'ACCESSIBILITAT ALS SERVEIS DE SSR	Reducció de la incidència dels casos de violències masclistes
	Accessibilitat dels centres youth-friendly
	Accessibilitat de les persones joves a programes i serveis de SSR a través de les farmàcies
	Accessibilitat a la SSR de col·lectius concrets (origen cultural i ètnic, diversitat funcional, col·lectiu LGTBIQ)

Font: Elaboració pròpia a partir de Barriuso, S. (2024).

4.5. Durada i freqüència

Les intervencions analitzades són molt heterogènies en durada i freqüència. Trobem des de programes d'una o dues hores fins a d'altres que s'executen al llarg de tot el currículum escolar, passant per recursos en línia sempre disponibles.

4.6. Metodologia

Gran part de les intervencions utilitzen metodologies actives que impliquen la participació del jovent. D'una banda, destaca l'ús d'eines innovadores i de mitjans digitals, com simuladors i realitat virtual. De l'altra, destaca la formació entre iguals.

Aquesta metodologia es basa en la influència que, durant la joventut, exerceix el grup d'iguals. Implica formar un grup de joves perquè després ajudin els seus iguals a promoure la SSR.

5. Què diu l'evidència internacional sobre les intervencions en SSR?

Tal com hem fet en la Secció 3 d'aquesta guia, tot seguit desglossem les conclusions que es poden extreure de l'evidència internacional rigorosa per àmbits, col·lectiu destinatari, estratègia, durada i freqüència, i metodologia.

5.1. Àmbits

L'evidència mostra que les estratègies que actuen en múltiples àmbits són més efectives que les que ho fan en un de sol. Tanmateix, l'evidència destaca que, dins de cada àmbit, és important tenir en compte els aspectes que s'exposen a continuació.

5.1.1. Àmbit educatiu

Per a aquelles intervencions que es despleguen en l'àmbit educatiu, l'evidència internacional apunta a millores en els coneixements i canvis en les actituds respecte a les normes i estereotips de gènere i en les actituds vers les violències masclistes, una millora de l'autoestima i l'autopercepció del propi cos i un augment de les habilitats per desconstruir els missatges dels mitjans quan:

- Se segueix un model integral de la SSR basat en els drets SSR.
- S'incorpora l'educació sexual al llarg del currículum educatiu.
- Hi ha una adequada formació del personal docent.
- S'inclou la participació de les famílies.

5.1.2. Àmbit sanitari

En l'àmbit sanitari s'han trobat evidències d'impactes positius en la intervenció de dos agents:

- L'efectivitat dels centres d'atenció específics per a joves (en anglès, *centers youth-friendly*), que afavoreixen l'accés de les persones joves als serveis de SSR. Aquesta millora té a veure amb les competències del seu personal i amb la garantia de confidencialitat que ofereixen.
- L'efectivitat de les farmàcies com un agent per incrementar l'ús de mètodes anticonceptius, especialment, del preservatiu extern i com a transmissores d'informació sobre la SSR.

5.1.3. Àmbit comunitari

L'evidència internacional mostra que augmenten els coneixements sobre la SSR entre el jovent, milloren les actituds vers els estereotips de gènere i es redueixen els estigmes, quan, en el seu disseny i desplegament, hi participen líders i agents clau de la comunitat juvenil. Aquests impactes són especialment rellevants entre les persones LGBTI, perquè són un espai segur, hi troben una comunitat afí i poden ser elles mateixes.

5.1.4. Àmbit digital

L'evidència internacional mostra que les intervencions digitals que són efectives:

- Són més inclusives i accessibles a totes les persones.
- Permeten una personalització més acurada de les intervencions.
- Milloren els coneixements sobre la SSR, especialment en adolescents, joves LGBTI i persones racialitzades.
- Les intervencions digitals més eficaces per millorar la salut mental de les persones LGBTI són les anomenades formals estructurals (servei de salut en línia, programes d'educació sexual en línia) i formals no estructurals (aplicacions mòbils).
- L'efectivitat de les intervencions digitals millora amb la connexió social, la implicació de la comunitat i la presència de persones professionals formades.

5.2. Col·lectiu destinatari

5.2.1. Persones formadores

L'evidència remarca que un aspecte determinant per a l'eficàcia de les intervencions en SSR és la qualitat de la formació que tenen les persones formadores. Aquestes han de tenir les competències i les actituds necessàries, entre elles habilitats interpersonals, d'escolta activa, d'acceptació, així com l'habilitat per oferir suport emocional i per no emetre judicis ni discriminar.

Les característiques més eficaces per formar les persones formadores són: metodologia activa i participativa, organització en grups petits, realització de diverses sessions i presència d'una persona supervisora amb les competències adequades.

5.2.2. Col·lectius juvenils específics

Si bé les intervencions analitzades tendeixen a homogeneïtzar la població juvenil, sense desagregar-la 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), es detecten pràctiques efectives per a alguns col·lectius juvenils concrets:

- Joves amb diversitat funcional. D'una banda, les avaluacions apunten a la importància de l'escola i les institucions sanitàries per millorar els coneixements i actituds sobre salut menstrual, ITS, embarassos no planificats i violència sexual, també per millorar l'autoestima, la visió positiva de la imatge corporal i l'autoimatge genital. D'altra banda, les avaluacions destaquen l'efecte que provoquen les limitacions tècniques i financeres per aconseguir disminuir les barreres estructurals, físiques, actitudinals i de comunicació en l'accés als serveis de SSR.
- Joves LGTBI. Les intervencions digitals i les que es duen a terme en l'àmbit escolar, el comunitari i el sanitari, tenen efectes positius en la salut mental (reducció de l'ansietat, l'estrès i la depressió) quan incorporen espais i estratègies que facilitin la intimitat i la confiança (com líders de la comunitat, formació entre iguals i personalització de la intervenció).
- Dones joves racialitzades. La participació d'agents de la comunitat, la formació de professionals (quan es tracta de serveis presencials) i la personalització de les intervencions (en l'àmbit digital) són clau per reduir les dificultats d'accés a serveis sanitaris vinculats a la maternitat, el consell contraceptiu, les ITS, l'avortament, les violències masclistes i la infertilitat.
- Infants i adolescents. S'han trobat evidències, principalment, en l'àmbit educatiu, que indiquen que l'inici de l'educació sexual durant la infància, així com a l'educació inclusiva i amb perspectiva de gènere al llarg del currículum contribueixen a reduir actituds homofòbiques i estereotips de gènere, a millorar els coneixements i actituds vers les violències masclistes i a augmentar l'autoestima i l'autoimatge corporal. També en infants i adolescents es destaca la importància dels iguals i de referents positius, així com els centres *youth-friendly* per millorar l'accés als serveis i programes sobre SSR.
- En aquest col·lectiu també s'han mostrat efectives les intervencions participatives en línia en la millora de conductes i coneixements en SSR, especialment en l'ús del preservatiu i en el coneixement sobre salut i higiene menstrual.
- Joves d'entre 18 i 35 anys. Resulten especialment efectives les intervencions que incorporen el plaer i la perspectiva interseccional, tant per millorar l'accés als recursos i serveis en matèria de SSR com per generar canvis en les actituds i conductes basades en estereotips de gènere.

5.3. Estratègia

L'evidència internacional mostra impactes positius en aquelles intervencions educatives, tant en l'àmbit de l'educació formal com no formal, que tenen les característiques següents:

- La incorporació de la perspectiva interseccional al currículum, a l'educació i a l'avaluació. Aquesta apreciació coincideix amb les recomanacions de la *Future of Sex Education Initiative* (2020), una guia amb estàndards sobre l'educació sexual als Estats Units.
- La incorporació de la perspectiva intercultural en el disseny de les intervencions.
- L'abordatge d'aspectes relacionats amb el plaer sexual. Per fer-ho, cal crear un ambient de confiança i seguretat on el jovent se senti lliure d'expressar les seves opinions, necessitats i pors.
- La superior eficàcia de les intervencions comprensives que incorporen professionals amb competències culturals en les intervencions adreçades a les persones migrants.
- La superior eficàcia per ampliar coneixements i millorar 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.
- La superior eficàcia de les intervencions dissenyades des de l'enfocament de la consciència crítica i el feminisme.
- L'eficàcia de les intervencions que apliquen l'enfocament de la justícia social o la perspectiva interseccional en l'augment dels coneixements i la millora de les actituds sobre la igualtat de gènere i els drets sexuals, i també sobre el racisme, el classisme, l'homofòbia i la misogínia.
- L'organització de discussions obertes sobre gènere i empoderament, així com la conveniència de fomentar el pensament crític i les reflexions personals.
- La creació d'un clima adequat quan es tracten temes delicats i controvertits.

5.4. Durada i freqüència

L'evidència internacional mostra la importància de desenvolupar intervencions de llarga durada i que es relacionin amb una estratègia àmplia, en comptes de fer actuacions puntuals i desconnectades. Més concretament, assenyala també:

- la superior eficàcia de les intervencions que consten de més sessions;

- la importància, en l'educació sexual, que les intervencions tinguin continuïtat al llarg del currículum i no es facin d'una manera aïllada;
- la conveniència d'iniciar l'educació sexual durant la infància i desenvolupar-la al llarg de tot el currículum.

5.5. Metodologia

A l'últim, les avaluacions analitzades apunten alguns aspectes metodològics clau en la implementació de les intervencions per tal que aquestes siguin efectives:

- La importància d'implicar la gent jove en el disseny de les intervencions de SSR, ja que el seu criteri facilita l'actuació sobre les seves necessitats reals.
- L'eficàcia de la formació entre iguals –joves formats que formen altres joves– per ampliar coneixements, modificar actituds i adquirir habilitats en SSR.
- La importància d'implicar representants de cada comunitat, per tal d'assegurar que s'aborden totes les necessitats.
- La pluridisciplinarietat dels equips professionals que dissenyen les intervencions.
- L'interès del protocol anomenat *Intervention Mapping* per al disseny i la implementació d'intervencions efectives, ja que ajuda a crear un marc sistemàtic per prendre decisions efectives i basades en l'evidència en cada pas del procés.
- La conveniència d'introduir elements innovadors com ara la realitat virtual.
- L'interès de la 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. La UNESCO recomana d'utilitzar-la, ja que així s'aprofita una intervenció que ja ha estat avaluada i s'adapta a les necessitats de cada comunitat.
- La conveniència d'avaluar totes les intervencions en educació sexual mitjançant un marc conceptual no adultocèntric i amb metodologies participatives, que permeti recollir les necessitats del jovent en cada àmbit i de manera contextualitzada. Per a això calen indicadors integrals, que no se centrin únicament a canviar les conductes de risc sinó que avaluïn també aspectes com el benestar i el plaer, així com l'accés als drets sexuals i reproductius (DSR).

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

	CARACTERÍSTIQUES DELS PROGRAMES EFECTIUS																		
	DISSENY		ENFOCAMENT						ÀMBITS					DURADA		IMPLEMENTACIÓ			
									General	Educatiu	Sanitari	Comunitari	Digital						
RESULTATS	Participació persones joves	Equips multidisciplinaris	Perspectiva intercultural	Enfocament integral	Conciència crítica i feminisme	Perspectiva interseccional	Incorporació del plaer	Estratègies multinivell i interseccional	Participació famílies	Centres youthfriendly	Famílies	Participació de les i agents ciutadanes 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						●													
Millora 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'autoestima i la visió positiva de la imatge corporal														●	●				
Reducció dels nivells de depressió, d'estrès i d'ansietat de les persones LGBTI													●				(●)		
Desenvolupament d'habilitats de desconstrucció 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).

5.6. Principals limitacions identificades en les intervencions analitzades

Tan important com ressaltar el que funciona internacionalment és identificar les limitacions pròpies de les intervencions que són poc o gens eficaces. S'han detectat tres limitacions principals:

5.6.1. Falta d'abordatge de determinats continguts

Encara es fan moltes intervencions sense una perspectiva integral ni de DSR. Sovint no s'incorporen aspectes com el plaer sexual, les relacions, la perspectiva de gènere i la diversitat sexual; tampoc la necessitat de garantir els drets sexuals. No s'aborden tampoc temes com els relacionats amb l'endometriosis, els cossos no normatius, la fertilitat, l'embaràs o les tècniques de reproducció assistida.

5.6.2. Falta de perspectiva interseccional

Poques intervencions tracten de les necessitats en SSR de les persones amb diversitat funcional. No s'han trobat intervencions sobre la salut maternal, la planificació familiar i l'avortament segur. Aquesta mancança és deguda a la creença que les persones amb diversitat funcional no tenen sexualitat. Hi ha, doncs, una discriminació cap aquest col·lectiu.

D'altra banda, els programes d'educació sexual tenen una perspectiva cisheterosexual i exclouen el jovent LGTBI. Aquest fet implica que es treballen currículums no inclusius i que hi ha persones formadores que tenen prejudicis.

Pel que fa a les persones migrants, les intervencions que descriuen el problema de l'estigma i la discriminació no l'aborden, en general, en el seu disseny, mentre que les que promouen la igualtat, l'accés i la qualitat de les cures en certs col·lectius ho fan sense parlar d'estigma ni de discriminació. També hi ha intervencions que tracten l'estigma que perceben les persones migrants en les institucions sanitàries, però en canvi ignoren les condicions estructurals i socials que el perpetuen. Per tant, hi ha moltes evidències de l'estigma existent, però ben poques sobre com reduir-lo.

5.6.3. Falta de formació de les persones professionals

Quasi totes les revisions ressalten la falta de formació de les persones professionals. Per exemple, hi ha personal farmacèutic que no vol assessorar el jovent i, a més, desconfia del seu judici. Moltes persones formadores no tenen prou recursos ni formació per impartir programes digitals inclusius. També el col·lectiu docent pot reforçar de manera inconscient els estereotips de gènere.

5.7. Les limitacions de l'evidència disponible

La literatura sobre els programes de SSR té moltes limitacions i buits. Com que poden influir en les conclusions, cal conèixer aquestes deficiències. Les principals que s'han detectat són:

5.7.1. Avaluació poc sistemàtica

Hi ha intervencions que s'avaluen de manera poc rigorosa o que se ceneixen a una avaluació d'impacte sense avaluar la seva implementació i disseny. Moltes intervencions innovadores i amb potencial no són avaluades rigorosament; per això els resultats que se n'obtenen no es poden difondre.

5.7.2. Falta d'avaluacions a llarg termini

La majoria d'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. Això condiciona l'evidència disponible i explica que es disposi de més informació sobre l'efecte de les intervencions en els coneixements o les actituds de la joventut que no en els comportaments, perquè aquests triguen més a modificar-se.

5.7.3. Falta d'indicadors adequats

Cada estudi utilitza indicadors diferents i això dificulta fer anàlisis comparades. 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, perquè no hi ha consens en l'estandardització i l'aplicació d'indicadors relacionats amb el benestar sexual.

5.7.4. Falta de perspectiva interseccional

De vegades no s'aplica la perspectiva interseccional. En general, els estudis ignoren les relacions de poder i la dimensió estructural i no aborden tampoc la dimensió del plaer sexual. De la mateixa manera, gairebé cap estudi no té en compte les necessitats de les persones amb diversitat funcional. Tampoc s'han trobat revisions que compleixin els criteris d'inclusió establerts.

En altres ocasions els resultats no estan desagregats en categories com l'edat, l'ètnia, l'orientació sexual, la identitat de gènere o altres que convé tenir en compte en funció del context. Això pot donar una visió homogènia de la població estudiada, que no es correspon a la realitat.

6. Com transferim aquesta evidència a Catalunya?

Els resultats de la síntesi d'evidència internacional rigorosa són valuosos en la mesura que serveixen per informar decisions de disseny i implementació de futures intervencions, o per revisar actuacions existents. Ara bé, allò que ha funcionat en un context pot no tenir els mateixos efectes en altres circumstàncies. Per això, és essencial conèixer les similituds i diferències entre el context original de les intervencions efectives i el nou context d'aplicació.

Així doncs, per transferir l'evidència internacional a Catalunya, primer cal analitzar el mapa de polítiques existents a Catalunya i comparar-lo amb la descripció dels programes internacionals (Secció 5). A més de revisar les avaluacions internacionals, és fonamental tenir en compte els resultats de les avaluacions de les intervencions implementades a Catalunya, que permeten identificar què cal mantenir, corregir o modificar. A l'Annex es presenta una descripció dels programes existents a Catalunya l'any 2024, dels quals es disposa d'informació. Tot i que el panorama a Catalunya pot haver variat en el moment de llegir aquesta guia, l'evidència internacional continua sent una eina valuosa tant per modificar polítiques amb deficiències com per innovar en àrees on no hi ha intervencions que abordin necessitats específiques.

Per identificar les implicacions de l'evidència, s'ha col·laborat amb un grup d'expertes i experts provinents de l'acadèmia, l'Administració pública i el tercer sector social. La seva expertesa ha ajudat a superar barreres com l'escassa evidència generada a Catalunya, especialment pel que fa a avaluacions amb dissenys (quasi)experimentals, i la manca d'un mapatge complet de les intervencions al territori que es troben actives.

De la revisió documental de polítiques i avaluacions dutes a terme a Catalunya, i les corresponents discussions amb persones expertes, ambdós processos liderats per Sandra Cundines, s'han derivat un conjunt de recomanacions pràctiques per millorar la SSR del jovent a Catalunya, les quals es presenten a l'apartat següent.

7. Implicacions de l'evidència per als programes i polítiques desplegats a Catalunya

A continuació es presenten un seguit de **recomanacions**, d'acord amb la normativa vigent sobre SSR, fonamentades en els resultats de la revisió d'evidències internacionals i la consulta realitzada a un grup de persones expertes sobre el seu aterratge a Catalunya. Cal tenir en compte que, a l'hora d'aplicar les recomanacions, caldrà disposar de recursos humans amb coneixement especialitzat en SSR i educació sexual, així com de recursos materials i de temps suficients, però per sobre de tot cal comptar amb el compromís institucional per fer efectius els drets sexuals i reproductius de tota la ciutadania, i en especial del jovent.

7.1. Quin enfocament han de tenir les actuacions en Salut Sexual i Reproductiva?

Per promoure la SSR, les administracions i agents que intervenen amb joves han d'incorporar els següents posicionaments a les seves actuacions, en totes les fases del cicle de la política pública.

Enfocament de Drets.^{5 6 7} La SSR és el resultat d'un context on es compleixen els drets sexuals i reproductius (DSR) i, per tant, la promoció de la SSR requereix que tots els poders públics desenvolupin accions, de manera proactiva i amb la diligència deguda, per garantir-los. Els DSR han estat reconeguts com a drets humans pels organismes internacionals referents (Barriuso, 2024) i la seva vulneració és considerada a Catalunya com una forma de violència masclista. La promoció dels DSR entre adolescents i joves equival a protegir i acompanyar aquests col·lectius en l'exercici de la seva llibertat sexual, afavorint la seva agència a l'hora de prendre decisions autònomes envers el propi cos i la seva sexualitat, com també fent front a la LGBTI-fòbia i les violències sexuals que pateixen especialment les noies. L'educació sexual serà fonamental en aquest procés i haurà de considerar-se un dels eixos de treball prioritaris per a la promoció de la SSR.

Enfocament integral. No es pot aïllar la salut del jovent de les seves condicions de treball, d'educació o d'habitabilitat, com tampoc de les condicions en què es dona el seu procés d'emancipació. En aquest sentit, els DSR es desenvolupen i alhora tenen efectes en àmbits que no sempre s'associen a la salut de manera directa. Per tant, a l'hora de promoure la SSR entre persones joves, caldrà intervenir en l'àmbit laboral, habitacional, educatiu i del lleure, entre d'altres; i a la inversa, quan es desenvolupin

⁵ Estratègia Nacional de Drets Sexuals i Reproductius. Departament d'Igualtat i Feminisme

⁶ Definició dels Drets Sexuals i Reproductius – L'Associació

⁷ Aprofundiment i garantia efectiva dels drets sexuals i reproductius. Departament d'Igualtat i Feminisme

polítiques sectorials adreçades a joves caldrà assegurar que tenen un efecte positiu a garantir els seus DSR.

Enfocament interseccional.^{8 9} Totes les fases i processos de treball de les polítiques de SSR adreçades a joves, a part d'adoptar una perspectiva feminista i LGBTI, han de tenir en compte la interrelació existent entre els diferents factors de desigualtat i com aquesta afecta l'accés als drets i, per tant, també al benestar integral del jovent. La perspectiva interseccional té a veure, d'una banda, a considerar les desigualtats com un fenomen estructural que cal afrontar amb polítiques socials destinades a millorar el capital social de la joventut i a atendre aquelles qüestions que suposen un fre per assolir aquesta millora. D'altra banda, la perspectiva interseccional obliga no només a controlar els possibles impactes negatius de les polítiques de SSR per a aquells col·lectius que es troben en situació de desigualtat social, sinó també a treballar proactivament per garantir els drets del conjunt de joves.

En aquest sentit, cal destacar que el col·lectiu juvenil és divers. Sovint es tendeix a considerar la joventut com un grup social homogeni i que només està travessat per l'eix edat i condicionat per la seva transició cap a la vida adulta. Però el cert és que cada persona jove està travessada per diferents característiques (com el gènere, l'origen ètic, cultural o religiós, la condició nacional, el nivell d'estudis, la classe social o d'altres). Aquestes característiques condicionen les seves oportunitats de desenvolupament personal i l'accés efectiu als drets. Per això, les polítiques sobre SSR han de considerar la diversitat de punts de partida i incorporar mecanismes que permetin donar respostes integrals i equitatives, així com evitar tant com sigui possible la reproducció de desigualtats socials.

7.2. Com millorar la governança de les polítiques de Salut Sexual i Reproductiva?

1. **Impulsar processos de treball intersectorial.** En el desenvolupament de les polítiques de SSR, per tal de garantir-ne la coherència, cal promoure la implicació de diferents àrees i departaments: salut, igualtat, educació, treball, social, cultura i esport, entre d'altres. Entenem per coherència que tots els departaments implicats en el desplegament de polítiques de SSR treballen en la mateixa direcció. A més, tota política de SSR, independentment del departament que la impulsa, ha d'incloure una comprensió àmplia i pluridisciplinària de la SSR.

Com aplicar aquesta recomanació?

⁸ Soler Campins, M.; Coll-Planas, G.; Garcia-Castillo, M.; García-Romeral, G.; Cors Pedrol, M.; Montfort, A.; Rodrigo, D. (2022). *Interseccionalitat a les polítiques públiques: generant eines pràctiques per a la seva aplicació*. [Publicacion-Igualtats-Connectades.pdf](#)

⁹ Fantova, F. (2019). *Contracte intergeneracional i polítiques socials*. [Contracte intergeneracional i polítiques socials | Lleiengel.cat](#)

- A. Consolidar una estratègia nacional sobre SSR que esdevingui el marc d'actuació de referència per a tots els departaments de la Generalitat de Catalunya. Aquesta ha de comptar amb una estratègia sòlida d'educació sexual dirigida a tota la ciutadania, d'acord amb la normativa internacional de drets humans i, concretament, d'acord amb els DSR. Les recomanacions de la UNESCO sobre l'educació sexual proporcionen orientacions per al disseny i execució de les polítiques públiques relacionades amb la SSR.
- Assegurar que el conjunt d'agents implicats coneixen l'estratègia i poden incidir en els seus objectius i resultats.
 - Assignar professionals referents de l'estratègia en tots els departaments sota criteris comuns d'expertesa en la temàtica i amb disposició d'hores per dedicar-s'hi.
 - Garantir l'existència de processos de rendiment de comptes i transparència en els resultats de l'estratègia.
 - Assegurar que, en aquesta estratègia compartida i en les línies de treball que es despleguen, s'incorpora la perspectiva juvenil, és a dir, les necessitats, dinàmiques i llenguatges de la joventut.
 - Afavorir les actuacions de sensibilització de la ciutadania en general per evitar incoherències entre el que es planteja per a la joventut i el que aquesta troba a la resta de societat.

En aquest sentit, el Departament d'Igualtat i Feminisme seria competencialment el més idoni per marcar una estratègia conjunta i coherent. També destaca el paper de la Direcció General de Joventut (DGJ), l'Agència Catalana de la Joventut (ACJ) i el Departament de Drets Socials i Inclusió en la vigilància de les necessitats de les persones joves en matèria de SSR i en la incorporació de metodologies i processos de treball explícitament adaptats a joves en polítiques i serveis, tant de caire generalista com d'aquells específicament adreçats al col·lectiu.

- B. Crear mecanismes de **coordinació** entre els principals serveis i agents d'intervenció en SSR per tal de garantir la traçabilitat dels casos i els processos d'atenció i acompanyament. Així, s'eviten possibles situacions de revictimització i es facilita a les persones usuàries el pas d'un servei a un altre. Els **agents implicats** en la governança de les polítiques de SSR són els departaments que despleguen polítiques en aquest àmbit o polítiques que afecten indirectament aquest àmbit, així com els ens locals i les entitats i moviments feministes que despleguen i implementen actuacions arreu del territori i que estan en una posició privilegiada per detectar necessitats d'intervenció i recollir les demandes de les persones joves.

- C. Impulsar la formació generalitzada, degudament planificada i actualitzada en DSR i en educació sexual, així com en perspectiva intercultural i anticapacitista. És important que aquesta formació s'ofereixi a tots els equips professionals, i estigui sotmesa a un sistema d'avaluació de qualitat, que permeti la detecció i desarticulació d'estereotips antigitanos, racistes, capacitistes i LGBTI-fòbics en l'àmbit clínic. Així mateix, cal que la formació sigui continuada.

- 2. **Establir sistemes d'informació basats en indicadors integrals sobre SSR i comparables.** Promoure que totes les polítiques i programes de SSR recullin dades de seguiment que incloguin també indicadors específics sobre educació sexual, tant dels equips professionals implicats com de la ciutadania en general i, en aquest cas, de la població jove específicament, els quals permetin elaborar anàlisis comparables i amb perspectiva feminista i interseccional.

Com aplicar aquesta recomanació?

- A. Construir una llista d'indicadors que pugui servir de referència per a totes les polítiques públiques de SSR. La construcció d'aquest sistema ha de comptar amb la participació i el consens de les entitats i persones expertes en l'àmbit de la salut sexual, de l'educació, de l'educació sexual i la igualtat (i que ja incorporin la perspectiva feminista i interseccional).
- B. Adaptar els sistemes d'indicadors de les polítiques en funcionament al sistema de referència, per tal de millorar la comparabilitat i agregació de les dades de SSR disponibles.

7.3. Com millorar el disseny de les polítiques de Salut Sexual i Reproductiva?

- 1. **Situar el plaer i el benestar al centre de les intervencions.** Tradicionalment els programes de SSR s'han focalitzat a prevenir riscos per a la salut associats a les pràctiques sexuals, i no tant a fomentar el plaer i l'autonomia corporal i sexual. La perspectiva del risc és pròpia de les polítiques securitàries i sol estar marcada per un biaix adultista; més que promoure drets, acaba fomentant la sensació de perill i la por entre el jovent, especialment entre les noies. D'aquesta manera, les necessitats i els interessos de la gent jove, així com la garantia dels seus drets, han quedat sovint en segon pla. Per aquest motiu cal adoptar una visió positiva de la sexualitat que posi el plaer al centre.

Com aplicar aquesta recomanació?

- A. Capacitar els equips professionals perquè guanyin seguretat quan dinamitzen activitats d'educació sexual, resolen dubtes i acompanyen joves en aquests temes.

- B. Identificar els estereotips, els tabús, els estigmes i les creences associades a la sexualitat i a les pràctiques sexuals presents en els equips professionals i en les polítiques públiques en general.
 - C. Considerar tota la diversitat de pràctiques sexuals i corporalitats possibles, incorporant la intersexualitat i la diversitat funcional. Separar les pràctiques sexuals específiques de la identitat de gènere de qui les practica.
 - D. Considerar de manera sistemàtica els diferents determinants de la salut sexual i reproductiva. Cal tenir en compte els condicionants socioeconòmics i culturals de la salut i considerar també les necessitats específiques de les diferents comunitats i col·lectius juvenils.
- 2. Incloure l'àmbit digital** en el disseny de programes i activitats, ja que té beneficis per al jovent en termes d'accessibilitat i proximitat.

Com aplicar aquesta recomanació?

- A. Proporcionar orientacions específiques als agents que despleguen polítiques de SSR sobre com utilitzar l'àmbit digital com a àmbit d'intervenció per a les seves actuacions: selecció del mitjà o xarxa social, adaptació i tria de continguts, etc.
 - B. Garantir l'actualització i manteniment dels continguts publicats digitalment.
- 3. Evitar les intervencions sobre SSR puntuals i descontextualitzades.**

Tradicionalment les accions per promoure la SSR no han estat planificades estratègicament en el marc d'un programa integral, fet que n'ha limitat l'eficàcia i l'equitat entre la població. Per aquest motiu cal promoure intervencions continuades i emmarcades en una política integral.

Com aplicar aquesta recomanació?

- A. Garantir que les polítiques de SSR s'inicien en la infància i donen cobertura al llarg de tota la vida. La sexualitat de les persones, tant pel que fa a les pràctiques com a la identitat, canvia al llarg de la vida en funció de les vivències pròpies, els interessos personals, les transformacions corporals i el context. En conseqüència, també evolucionen les necessitats d'acompanyament. Per aquest motiu les polítiques sobre SSR han d'incloure tot el cicle vital des de la infància fins a la vellesa i adaptar les activitats a cada persona.

- Incorporar les directrius de la Llei orgànica 1/2023¹⁰ sobre incorporació de la SSR en el currículum educatiu, assegurant que les intervencions s'inicien en la infància i es despleguen al llarg de tota l'etapa educativa, incloent-hi també l'educació sexual. Ha de ser un procés liderat pels Departaments d'Educació i Formació Professional, i el d'Igualtat i Feminisme.
- Adaptar els serveis d'atenció i les intervencions a l'edat i situació vital de les persones usuàries.
- Establir itineraris de prevenció, formació i atenció per a la infància, l'adolescència i la joventut, amb canals de derivació coherents i coordinats.
- Dur a terme intervencions en DSR a tota la ciutadania, complementant les actuacions que es porten a terme en l'àmbit educatiu i en els programes adreçats al col·lectiu de població jove.

B. Promoure el disseny d'intervencions que incloguin diverses sessions, vetllant per la seva sostenibilitat en el temps i la seva connexió amb una estratègia a llarg termini.

4. Impulsar la participació de les persones joves en el disseny dels programes i polítiques de SSR. Amb l'objectiu d'incorporar la joventut en la presa de decisions dels afers públics que l'afecten, cal generar mecanismes i espais per tal que pugui participar en les fases de diagnòstic, disseny, implementació i avaluació de les polítiques públiques.

Com aplicar aquesta recomanació?

- A. Impulsar la participació de les persones joves amb capacitat d'incidència en la presa de decisions en les diferents fases dels programes i serveis que hi estan adreçats, tant en el diagnòstic, com en el disseny (objectius, prioritats, temes a abordar i tipus d'activitats), com en la implementació i gestió, així com en el procés d'avaluació i rendició de comptes.
- B. Entendre la participació juvenil com un procés d'aprenentatge que va més enllà d'un moment puntual i que requereix planificació i temps.
- C. Generar espais i canals de participació flexibles, que s'adaptin a les necessitats i característiques de les persones joves tenint en compte la diversitat i heterogeneïtat de la joventut i establint, alhora, criteris d'accessibilitat i d'oportunitats per a la participació (horaris, calendari, tipus d'espai, format del llenguatge, metodologies...).

¹⁰ Llei orgànica 1/2023, de 28 de febrer, que modifica la Llei orgànica 2/2010, del 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs.

- D. Preveure sessions i espais de participació tant en l'àmbit educatiu formal com en el no formal, des d'una mirada comunitària amb la participació dels diferents agents.
- E. Garantir la participació de joves de diferents perfils, especialment d'aquells que estan menys representats o es troben en situació de discriminació.

5. Assegurar l'avaluabilitat dels programes i els serveis des de la fase de disseny i promoure'n l'avaluació. Cal que les persones responsables d'impulsar o gestionar els programes assegurin que les polítiques de SSR siguin avaluades de manera rigorosa i incorporant la perspectiva feminista i interseccional. Així mateix, és important garantir que els resultats d'aquestes avaluacions es publiquen, es difonen i s'utilitzen per informar el disseny i la implementació de les polítiques i programes en aquest àmbit.

Com aplicar aquesta recomanació?

- A. Assegurar que els programes i polítiques de SSR que s'implementen són avaluables des del moment del seu disseny. Dues maneres de garantir-ho són: o bé comptar amb assessorament expert en avaluació en el moment de dissenyar la política o, si la política ja ha estat dissenyada, encarregar una avaluació de disseny.
- B. Promoure que les avaluacions dels programes i polítiques de SSR es facin a partir de mètodes mixtes i es basin en un marc teòric explícitament feminista i interseccional.
- C. Incorporar les avaluacions en repositoris d'evidències per tal de facilitar-ne l'accés i la difusió.

7.4. Com millorar la implementació de les polítiques de Salut Sexual i Reproductiva?

1. **Estendre el model d'atenció exclusiva a la població jove en SSR a tot el territori català.** Igual que existeixen centres d'informació general per a joves o oficines d'habitatge, cal disposar de centres de SSR específics per a joves que complementin els serveis de salut generals i permetin garantir els DSR d'aquest grup poblacional. Fins ara, a Catalunya, aquests serveis han estat gestionats per entitats del tercer sector, fet que els ha aportat independència, continuïtat, flexibilitat i capacitat d'adaptació.

Com aplicar aquesta recomanació?

- A. Garantir l'autonomia i flexibilitat dels centres públics de SSR jove respecte dels programes generals de SSR.
 - B. Desplegar els centres a tot el territori respectant el criteri d'equitat territorial.
 - C. Co-liderar el procés de desplegament dels centres amb les entitats del tercer sector que en són expertes.
 - D. Vetllar per la implementació de la guia *Adolescència i violències masclistes. Instrument per garantir la reparació integral* (Generalitat de Catalunya, 2024).
 - E. Garantir l'accés als drets de la gent jove que es troba en diferents situacions administratives.
2. **Vetllar perquè les famílies puguin acompanyar les decisions d'infants i joves amb respecte als seus DSR.** Tenint en compte la importància dels vincles familiars en el desenvolupament del jovent, cal que les famílies coneguin els DSR dels seus fills i filles –com ara el dret a rebre educació sexual– i reconeguin també la seva autonomia progressiva.

Com aplicar aquesta recomanació?

- A. Incloure les famílies com a població destinatària dels programes de SSR en l'àmbit educatiu, de salut i comunitari. La participació sempre serà voluntària i cal garantir el dret a no participar.
 - B. Incorporar continguts sobre SSR i educació sexual a les escoles de famílies.
 - C. Desenvolupar recursos formatius i d'acompanyament específics per a les famílies en l'àmbit de la SSR i els DSR.
3. **Millorar els mecanismes de registre i denúncia de les vulneracions dels DSR per garantir-ne la no repetició i reparar les víctimes.**

Com aplicar aquesta recomanació?

- A. **Registrar i analitzar les dificultats** estructurals, institucionals i individuals que condicionen l'accés als drets de les persones joves, especialment de les noies i persones LGBTI+.
- Identificar per part de les i dels professionals les possibles resistències, tant individuals com institucionals, cap a les actuacions que promouen la igualtat.
 - Revisar els biaixos de tot tipus que imperen en l'àmbit de la SSR. També es recomana mantenir una mirada crítica quan es consulti informació o es faci recerca i atenció, així com en l'elaboració de plans i models clínics, i en la creació de sistemes d'informació i vigilància epidemiològiques.
- B. Difondre els instruments per denunciar vulneracions de drets humans, com són l'Oficina d'Igualtat de Tracte i No-Discriminació, l'Oficina del Síndic de Greuges de Catalunya i les diferents figures de defensa de la ciutadania dels ens locals, entre d'altres. Analitzar per què no funcionen els mecanismes de denúncia disponibles actualment.
- C. Impulsar mecanismes per garantir la no repetició de les vulneracions de drets, també quan provenen d'institucions, i promoure la reparació integral de les víctimes a través de processos que no siguin revictimitzadors.
- D. Valorar l'establiment de mesures cautelars i sancionadores per a les persones i institucions que vulnerin els DSR. Aplicar quan sigui possible processos de justícia restaurativa amb perspectiva feminista i interseccional.
- E. Tant en el procés d'identificació dels biaixos, com en el disseny de les mesures per abordar-los, es recomana incorporar la veu i experiència de les entitats que fan intervencions en l'àmbit de la SSR i de l'educació sexual, així com considerar les aportacions dels moviments feministes. Així mateix, a l'hora de decidir quins agents implementaran la política o el programa en qüestió, és rellevant tenir en compte la trajectòria de les entitats que s'han adreçat prèviament a aquest col·lectiu.
4. **Garantir que les i els professionals que despleguen polítiques en SSR disposen de formació especialitzada en DSR i educació sexual**, d'acord amb les recomanacions de la UNESCO.

Com aplicar aquesta recomanació?

- A. Vetllar perquè el conjunt de persones que treballen amb joves rebin formació continuada i actualitzada sobre SSR i educació sexual amb perspectiva feminista i interseccional. Així mateix, fomentar que les persones

professionals de l'àmbit de la SSR comptin amb formació sobre educació sexual amb perspectiva de cicle de vida i interseccional per tal d'assegurar que les intervencions s'adaptin a les persones joves.

- B. Oferir acompanyament i supervisió per a professionals que treballen amb joves per tal de consolidar els aprenentatges adquirits durant les formacions i resoldre els dubtes sorgits de la pràctica.
- C. Revisar el currículum dels estudis que donen accés a treballar amb joves i/o en l'àmbit de la SSR, ja siguin de formació professional o universitaris.

5. **Difondre els recursos sobre SSR disponibles per a joves entre les entitats que treballen en l'àmbit comunitari**, per tal de facilitar les derivacions. L'àmbit comunitari és un aliat estratègic de la política pública en la creació de solucions adaptades a les necessitats reals de la població. Els agents comunitaris tenen una connexió directa amb el territori i amb les persones que hi viuen. Aquesta proximitat els permet detectar necessitats emergents i aportar solucions àgils i adaptades a la realitat.

Com aplicar aquesta recomanació?

- A. Considerar que les entitats de lleure educatiu són clau a Catalunya en el treball comunitari amb joves.
- B. Posar en valor les fortaleeses i l'expertesa dels moviments feministes i LGBTI+.
- C. Elaborar mapes d'agents i serveis de SSR.
- D. Col·laborar amb les entitats que treballen en l'àmbit comunitari per informar dels recursos disponibles (econòmics, serveis, circuits...).
- E. Dotar de recursos les entitats que treballen en l'àmbit comunitari per tal que puguin acompanyar el jovent en la garantia dels seus drets sexuals i reproductius.
 - Oferir formacions, acompanyament i recursos sobre perspectiva feminista i antiracista, educació sexual integral i drets sexuals i reproductius a les entitats de lleure educatiu.
 - Oferir formacions, acompanyament i recursos sobre perspectiva juvenil, realitat juvenil i cicle de vida a les entitats i col·lectius feministes i LGBTI+ que treballen amb i per a joves.

- F. Fomentar la formació entre iguals, per tal de contribuir a millorar el coneixement i la comprensió, fer servir els seus llenguatges i codis, i alhora per retornar l'agència i enfortir entre les persones joves la capacitat de presa de decisions de manera informada i amb consciència sobre els seus drets.

7.5. Altres recursos per aplicar les recomanacions

- [Web de l'Estratègia Nacional de Drets Sexuals i Reproductius \(2021-2025\).](#)
- [Educació sexual integral. Preguntes Freqüents.](#)
- [Educació sexual integral. Anàlisi del marc teòric i legislatiu - Experiències internacionals i nacionals \(2024\).](#)
- [Orientacions tècniques internacionals sobre l'educació en sexualitat \(2018\).](#)
- [Decàleg del consell d'educació de Catalunya sobre la coeducació \(2024\).](#)

8. Glossari

Binarisme de gènere: visió del món que nega la diversitat de cossos i de vivències entorn del gènere i la sexualitat per establir categories dicotòmiques i oposades. Divideix els éssers humans en persones amb cos de mascle que s'identifiquen com a homes, tenen comportaments masculins i se senten atrets per les dones i en persones amb cos de femella que s'identifiquen com a dones, tenen comportaments femenins i se senten atretes pels homes.

Capacitisme: és el sistema social, polític i econòmic que discrimina les persones discapacitades pel fet de ser-ho. Es construeix a partir d'un conjunt d'idees, d'arrel biomèdica i valors productivistes, segons les quals existeix una normalitat corporal, psíquica, cognitiva i sensorial desitjable que ha de ser el criteri d'organització de l'espai i les relacions socials. També es construeix des de la concepció capitalista que una persona "capaç" és aquella que produeix un benefici econòmic màxim al sistema mitjançant el seu treball. Qualsevol que se surt d'aquesta idea perquè no pot treballar o no pot fer-ho amb els mateixos estàndards, se la discrimina i discapacita. Per això es diu que la discapacitat no existeix, sinó que és un constructe social, perquè sorgeix a través de la discriminació a les persones no normatives. Una persona no neix discapacitada, sinó que a través de la seva relació amb el context i amb la manera com aquest la limita, se la converteix en discapacitada.

Educació Integral en Sexualitat (EIS): 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 els infants i el jovent amb coneixements, habilitats, actituds i valors que els empoderaran per 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).

Cisgènere: persona que té una identitat de gènere que coincideix amb la que se li havia assignat en néixer tenint en compte els seus genitals. Aquestes persones poden estar més o menys a gust amb el seu cos i decidir modificar-lo en més o menys mesura.

Gènere: construcció social i cultural que adjudica rols, actituds i aptituds diferents a homes i dones en funció del seu sexe biològic. A partir d'aquest constructe la cultura dominant androcèntrica atribueix a homes característiques emocionals, intel·lectuals i comportaments superiors al de les dones, això genera situacions de desigualtat social i subsidiarietat femenina.

Interculturalitat: la perspectiva intercultural és una estratègia, una metodologia o un procés permanent de relació i negociació, i busca contribuir al canvi en la societat a

través del trencament de dinàmiques de jerarquització, invisibilització, discriminació i exclusió cap a col·lectius que pertanyen a cultures minoritzades per part d'una cultura considerada central o hegemònica. La interculturalitat ha de ser transversal a la tasca diària en qualsevol àmbit, i per això cal incidir en les condicions d'igualtat i equitat que possibilitin espais de diàleg horitzontals. Aquests espais han de permetre teixir aliances des d'allò comú tenint en compte les diferències entre diversos col·lectius o persones.

Interseccionalitat: el terme interseccionalitat, tal com l'entenem ara, el va emprar per primera vegada l'advocada i feminista negra Kimberlé Crenshaw en un article publicat el 1989. La perspectiva interseccional és una eina d'anàlisi que posa l'accent en les relacions de poder entre les persones i els col·lectius segons els diversos eixos de desigualtat que interactuen entre si i generen una sèrie de privilegis i opressions. Aquesta perspectiva ens permet analitzar vivències amb la mirada posada tant en el costat de l'opressió com en el del privilegi.

Intersexualitat: terme que fa referència a la condició corporal d'aquelles persones que no poden ser classificades com a mascles ni com a femelles biològicament (cromosomes, hormones, gònades i/o genitals). La biomedicina utilitza el terme DSD (diferències o desordres en el desenvolupament sexual) per referir-se a aquestes condicions. Hi ha fins a 70 tipologies d'intersexualitat o DSD.

Perspectiva de gènere: aproximació a qualsevol fenomen o realitat social a partir del gènere com una construcció social i de les relacions de poder que se'n deriven.

Persones trans: terme paraigua que fa referència a persones que tenen una identitat de gènere que no coincideix amb la que se'ls havia assignat en néixer tenint en compte els seus genitals. Aquestes persones poden estar més o menys a gust amb el seu cos i decidir modificar-lo en més o menys mesura.

Plaer sexual: satisfacció i gaudi físic i psicològic derivats d'experiències eròtiques en solitari o compartides, incloent-hi els pensaments, els somnis i l'autoerotisme. (*Global Advisory Board for Sexual Health and Wellbeing, GAB*)

Salut sexual: estat de benestar físic, mental i social en relació amb la sexualitat, i no solament l'absència de malaltia, disfunció o malestar. (OMS, 2010)

Sexualitat: 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. (OMS, 2018)

Racialització: procés mitjançant el qual, en el context d'una societat concreta, una persona és percebuda, classificada i tractada sota una identitat racial o ètnica determinada pel fet de percebre-hi algun tret diferencial, com ara el color de pell, un determinat tipus de cabells, un accent, etc. El tracte diferencial que se'n deriva no és només una qüestió relacional, sinó que se sustenta en un sistema social i ideològic basat en la superioritat d'una cultura per sobre d'altres, la qual cosa genera situacions de discriminació, exclusió i violència.

Trans*: l'asterisc es fa servir per indicar que es tracta d'un terme paraigua utilitzat per fer referència a les persones transgènere, transsexuals i transvestides.

Violència obstètrica i vulneració dels drets sexuals i reproductius: consisteix a impedir o dificultar l'accés a una informació veraç, necessària per a la presa de decisions autònomes i informades. 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. *(Article 3 de la Llei 17/2020, de modificació de la Llei 5/2008, del dret de les dones a erradicar la violència masclista)*

Violència masclista: violació dels drets humans a través de la violència que s'exerceix contra les dones com a manifestació de la discriminació i de la situació de desigualtat en el marc d'un sistema de relacions de poder dels homes sobre les dones i que, produïda per mitjans físics, econòmics o psicològics, incloses les amenaces, les intimidacions i les coaccions, té com a resultat un dany o un patiment físic, sexual o psicològic, tant si es produeix en l'àmbit públic com en el privat. *(Article 2 de la Llei 17/2020, de modificació de la Llei 5/2008, del dret de les dones a erradicar la violència masclista)*

9. Annex: els programes de SSR a Catalunya

A continuació, es presenta una anàlisi descriptiva dels programes de SSR existents a Catalunya l'any 2024. S'hi descriuen principalment intervencions enfocades a promoure la SSR en joves i adolescents, i que parteixen d'un enfocament integral. Tot i així, també s'hi han inclòs aquelles intervencions adreçades tant a persones joves com adultes.

Aquesta informació es presenta en format d'annex a la guia per dos motius: primerament, perquè aquest mapa de polítiques varia en el temps –circumstància que pot fer que els continguts estiguin desactualitzats en el moment de llegir aquesta guia–, i d'altra banda, perquè la manca d'informació pública i d'avaluació pot fer que la imatge que es presenta sigui incompleta. Tanmateix, s'ha decidit presentar aquest mapatge, perquè és la situació que s'ha considerat a l'hora de formular les recomanacions que es presenten a la guia.

Pel que fa al subjecte d'aquestes intervencions, la majoria són fetes per administracions públiques. S'han recollit totes, sempre que constin en alguna documentació pública o en alguna avaluació. Els programes de SSR i DSR corresponen a l'àmbit d'intervenció del Departament d'Igualtat i Feminisme. Tot i així, els models d'actuació, els plans i els programes que els aborden es dissenyen i s'implementen també des dels departaments de Salut i d'Educació o des de l'Agència Catalana de la Joventut, i en menor mesura des dels ens locals.

Quant a les intervencions fetes per entitats i associacions, centrades sobretot en l'àmbit social i comunitari, en aquesta anàlisi apareixen infrarepresentades, ja que no solen publicar avaluacions dels seus programes.

Tot seguit recordem el marc normatiu d'aquests programes i els desglossem per àmbit i accions i recursos que s'hi relacionen, col·lectiu destinatari, objectiu, estratègia, durada i freqüència, i metodologia.

Marc normatiu

Els programes de SSR a Catalunya estan emparats per les lleis següents:

- Llei 17/2020, del 22 de desembre, de modificació de la Llei 5/2008, del dret de les dones a erradicar la violència masclista. Modifica la Llei 5/2008 per incloure la "diligència deguda", és a dir, la violència que poden causar les institucions tant per acció com per omissió; la violència obstètrica, i la vulneració dels DSiR.
- Llei 17/2015, de 21 de juliol, d'igualtat efectiva de dones i homes. Reconeix el dret de les dones al propi cos, al lliure desenvolupament de la identitat i l'orientació sexual, els drets sexuals i reproductius, i la lliure decisió de les persones a l'hora d'exercir-los.

- Llei 11/2014, de 10 d'octubre, per garantir els drets LGBTI i per erradicar l'homofòbia, la bifòbia i la transfòbia. Persegueix desenvolupar i garantir drets, i estipula l'obligació de les administracions d'intervenir davant discriminacions i violències lgtbi-fòbiques. Emfasitza la formació de tot el personal de les administracions, com a mesura de protecció i garantia de drets.
- Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a erradicar la violència masclista. Estableix mecanismes d'actuació i prevenció de les violències masclistes i garanteix el dret de les dones i les nenes a viure sense violència. Concreta les formes de violència masclista i els àmbits on es produeix.

L'any 2019, el govern de la Generalitat aprova l'Estratègia nacional de drets sexuals i reproductius, amb l'objectiu de "garantir l'exercici dels drets sexuals i reproductius al conjunt de la població, especialment dones, nenes i persones trans, tal com preveuen les resolucions, plataformes d'acció i convencions internacionals en aquesta matèria"

L'any 2023, es dissenyen tres plans en el marc de l'Estratègia: el Pla d'atenció a la salut afectiva, sexual i reproductiva, el Pla de drets sexuals i reproductius en àmbit educatiu i el Pla per a l'abordatge de la violència obstètrica i la vulneració dels drets sexuals i reproductius, 2023 – 2028.

Àmbits, i accions i recursos

Àmbit educatiu

Accions i recursos en educació sexual en general

- Programa Salut i Escola, que inclou una línia d'embarassos no desitjats i prevenció d'infeccions de transmissió sexual. Es reforça la seva presència territorial.
- Programa Coeduca't i designació de la persona referent de coeducació, convivència i benestar (COCOBE) per a cada centre educatiu, així com formacions als equips educatius per als centres que s'hi van adherir voluntàriament.
- Formació i assessorament per a professionals per repensar l'educació sexual des d'una perspectiva feminista.
- Enquesta i anàlisi sobre educació sexual i joves a Catalunya.
- Projecte "L'educació sexual com a eina de transformació social", adreçat a professionals.
- Publicació de tres guies per a famílies, disponibles al web de la Generalitat.
- Definició d'un disseny participatiu dels itineraris per a primària i secundària.

Accions i recursos en prevenció de la violència en infants i joves a centres educatius

- Unificació dels protocols de prevenció existents.
- Reforç de la Unitat de Suport a l'Alumnat en Situació de Violència (USAV).
- Sessions sobre l'ús d'internet i xarxes socials pels Mossos d'Esquadra.

Accions i recursos en equitat menstrual

- Pla integral 2023-2025.
- Accions de sensibilització sobre el cicle menstrual.
- Educació sobre el propi cos i la salut, amb perspectiva de gènere.
- Promoció de l'accés a productes reutilitzables i sostenibles, adequats per a cadascú, a través de la distribució gratuïta d'un producte menstrual.
- Formacions i accions de sensibilització a professionals i ciutadania en el marc de l'Estratègia Nacional de Drets Sexuals i Reproductius (ENDSIR).

Àmbit sanitari

- Centres d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR).
- Centre Jove d'Atenció a les Sexualitats (CJAS) a Barcelona, inspirat en els centres youth-friendly.
- Xarxa de centres d'atenció integral a la diversitat afectiva, sexual i de gènere (SAI).
- Ampliació del model "Trànsit", de l'ICS, d'atenció especialitzada per a persones trans* a vuit unitats per tot Catalunya.
- Prevenció del VIH i seguiment i tractament de persones amb VIH.
- Atenció a treballadores sexuals.
- Atenció als CAP de dones que pateixen o han patit violències masclistes.

Àmbit social i comunitari

- Intervencions des dels CRAE (Centres Residencials d'Acció Educativa).
- Xarxa SAI (Servei d'Atenció Integral a la Diversitat Afectiva, Sexual i de Gènere).
- Intervencions fetes en recursos i infraestructures municipals.

- Intervencions fetes per entitats i associacions, de manera externalitzada per les institucions o mitjançant programes finançats amb recursos públics, o contractats per escoles, associacions de famílies, etc.

Àmbit digital

- Web tabu.cat, un programa per treballar amb joves la prevenció de les violències sexuals, que es pot acompanyar d'una formació específica a professionals.
- Web sexejoves.gencat.cat, d'informació sobre sexualitat, amb contingut fet per professionals de la sanitat i amb un consultori en línia.
- Web crema.cat, per a professionals de joventut, amb recursos sobre sexualitats, pòdcasts i altres.
- Web adolescents.cat
- Webs d'entitats: <https://lalore.org> (cooperativa Candela), <https://kitdelplaer.org/es/> (SIDA STUDI) i <https://sexus.org> (ABD).
- Joves i mirades diverses. *Guia per a una educació afectivosexual amb mirada interseccional* i *L'educació sexual amb adolescents i joves de 12 a 16 anys: Guia didàctica*.

Àmbit policial i judicial

- Model d'Actuació davant la Mutilació Genital.

Col·lectiu destinatari

Les intervencions incloses en aquesta anàlisi no sempre defineixen clarament, ni amb un criteri homogeni, les persones a qui s'adrecen. Tot i així, es poden distingir tres grans grups diana: joves i adolescents en general, professionals, i dones en edat reproductiva i dones embarassades.

També hi ha intervencions centrades en col·lectius amb necessitats específiques; dones víctimes de violències masclistes, nenes i dones en risc de mutilació genital o amb una mutilació genital ja feta, treballadores i treballadors sexuals, persones *trans** i població que té el VIH o amb més probabilitats de tenir-lo.

Objectiu

Els estudis avaluen intervencions de promoció de la SSR que persegueixen objectius molt diversos:

- Prevenir, detectar, atendre i recuperar les dones víctimes de violències masclistes, ateses pels serveis sanitaris. Adreçat a professionals que treballen amb joves i adolescents en general.
- Integrar la mirada feminista en l'educació; contribuir a l'empoderament dels i les adolescents; prendre consciència dels rols de gènere; donar informació per tenir una sexualitat lliure de violències masclistes; disposar d'una persona referent que pugui acompanyar, informar, donar resposta a inquietuds i empoderar les persones adolescents; desfer falses creences i mites; donar informació verídica; ensenyar els diferents recursos especialitzats; donar quotidianitat a parlar sobre la sexe-afectivitat, i acompanyar les persones adolescents en el desconeixement d'aquest camp. Adreçat a professionals que treballen amb joves i adolescents en general.
- Contribuir que el jovent gaudeixi d'una sexualitat saludable, plena i responsable, juntament amb la prevenció d'embarassos no planificats i d'ITS. Adreçat a professionals que treballen amb joves i adolescents en general.
- Garantir a les dones en edat reproductiva una atenció sanitària integral en la sexualitat, durant els processos fisiològics de la persona, i una atenció eficaç davant els processos patològics.
- Prevenir les relacions sexuals no protegides, prevenir l'embaràs adolescent i les ITS.
- Prevenir la mutilació genital, atenció integral i reparació per a nenes i dones en risc de mutilació genital o amb mutilació genital feta.
- Promoure la salut i reduir riscos per a les treballadores i treballadors sexuals.
- Atendre el procés de transició per a les persones *trans**.
- Facilitar l'adopció de mesures per reduir la incidència pel VIH i altres ITS, millorar el tractament i la qualitat de vida de les persones infectades, així com reduir l'estigmatització que representa per a la població anomenada clau (homes que tenen sexe amb homes, treballadores i treballadors sexuals, persones usuàries de drogues i persones que viuen amb VIH).

Mentre que els models i protocols d'intervenció persegueixen objectius més generals i a llarg termini, les activitats i programes els acoten més al context immediat de la intervenció. En conjunt, però, els objectius es descriuen d'una manera molt general.

Estratègia

Les estratègies més desenvolupades a Catalunya han estat apostar per la formació de professionals (professorat i personal sanitari) i per la sensibilització de la població en general.

En formació de professionals s'han practicat dues grans estratègies. Totes dues han millorat l'atenció i evitat prejudicis i discriminacions. Són:

- la formació, sensibilització i coordinació entre professionals, present en models, plans i protocols;
- l'atenció individualitzada multidisciplinària, especialment en l'àmbit sanitari.

Altres estratègies utilitzades en les intervencions han estat:

- en el programa Salut i Escola, dedicat a l'educació sexual, cobrir àmpliament els centres educatius de secundària i altres centres especials, de manera que ha arribat a 771 centres de secundària.
- en el web sexjoves.gencat.cat, l'estratègia és la divulgació al medi digital i l'atenció personalitzada.

Durada i freqüència

La durada i la freqüència dels plans, models d'actuació i protocols és molt diversa i està relacionada amb el tipus d'intervenció, en línia amb l'evidència internacional sobre la matèria. Hi ha intervencions que duren un curs acadèmic, amb freqüència anual; d'altres que duren entre hora i hora i mitja, com el programa Salut i Escola o les activitats del Parlem-ne, i encara d'altres de durada indefinida, com les activitats analitzades al document *Bones pràctiques a Salut Sexual i Reproductiva per als Centres Residencials de la DGAIA*, perquè s'insereixen en la quotidianitat del centre.

Metodologia

Els documents fan poques referències a la metodologia. Indiquen què s'ha de fer però no com fer-ho.

Els programes que sí que expliciten la metodologia, com diverses intervencions en educació sexual, fan servir materials de suport, vídeos, debat sobre casos, dinàmiques grupals, etc. També treballen a través dels vincles i la confiança, l'acompanyament a visites externes, la conversa informal i l'acompanyament individual.

En el Model d'atenció a les persones trans, la metodologia ha consistit en l'acompanyament biopsicosocial, que respecta l'autonomia i l'autodeterminació de la identitat, així com de les decisions de la persona en els seus processos de salut.

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?**