

GUÍA PARA PROFESIONALES

Claves para aproximarse a la sexualidad de las personas migrantes



unaf
unión de
asociaciones
familiares



MINISTERIO
DE EMPLEO
Y SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA GENERAL
DE INMIGRACIÓN Y
EMIGRACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE
MIGRACIONES



UNIÓN EUROPEA
FONDO DE ASILO,
MIGRACIÓN E
INTEGRACIÓN

Por una Europa plural

GUÍA PARA PROFESIONALES

Claves para aproximarse a la sexualidad
de las personas migrantes



unaf

unión de
asociaciones
familiares

Su sexualidad
también es importante



MINISTERIO
DE EMPLEO
Y SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA GENERAL
DE INMIGRACIÓN Y
EMIGRACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE
MIGRACIONES



UNIÓN EUROPEA
FONDO DE ASILO,
MIGRACIÓN E
INTEGRACIÓN

Por una Europa plural

Créditos:

Autoría y edición: UNAF - Unión de Asociaciones Familiares

Imprime: GRÁFICAS JMG S.L.

Imágenes de portada: Dándole vueltas

Depósito Legal: M-9264-2017

ÍNDICE

1. Presentación.....	7
2. La salud sexual y la sexualidad. Marco conceptual	11
3. Respeto, igualdad y empoderamiento <i>versus</i> violencia.....	21
4. Derechos sexuales y reproductivos: Derechos Humanos	27
5. Población migrante y salud. La diversidad.....	41
6. Caracterización de la población migrante en España.....	46
7. Población migrante en situación de prostitución.....	62
8. Estrategias y metodologías para el abordaje de la sexualidad en las acciones y programas comunitarios.....	68
9. Algunas consideraciones finales.....	80
10. Algunos recursos sobre sexualidad.....	86
11. Bibliografía	90

La **Unión de Asociaciones Familiares (UNAF)** es una organización sin ánimo de lucro, de Utilidad Pública y Consultora Especial de ECOSOC, que trabaja por los derechos y el bienestar de las familias desde 1938.

En UNAF trabajamos para que todas las familias, podamos hacer efectivos nuestros derechos y garantizar el desarrollo integral, bienestar y calidad de todas y todos sus miembros. Desde este marco de referencia creemos en la firme defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos y en la promoción de la Salud Sexual como un derecho fundamental de las personas sea cual sea nuestro origen, educación, género o identidad.

Trabajamos desde un enfoque de género e interculturalidad ofreciendo un espacio de aprendizaje, tejiendo redes, desarrollando materiales formativos y velando por el cumplimiento y el respeto de los derechos adquiridos.

Consideramos que las y los profesionales que trabajan y están en contacto con población migrante son uno de los elementos clave en la prevención y la atención de la salud sexual así como impulsoras e impulsores de cambios sociales.

Así mismo entendemos que las personas migrantes tienen derecho a recibir atención especializada y centrada en sus necesidades, libre de estereotipos, prejuicios o imposiciones culturales.

Esta guía pretende ser una herramienta de consulta y reflexión para los y las profesionales recogiendo brevemente elementos fundamentales para la promoción de la salud sexual desde una perspectiva inclusiva, intercultural y de

género. Además, reflejamos la necesidad de conocer la realidad del proceso migratorio y sus consecuencias en las personas y en especial en las mujeres como clave para el desarrollo de intervenciones eficaces en materia de sexualidad y reproducción.

Somos conscientes de que las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva van cambiando y de que es necesario hacer un ejercicio constante de adaptación y ajuste a los nuevos retos y necesidades. Es por ello que el material que aquí os ofrecemos puede ser un elemento más a sumar junto con nuestros recursos personales, profesionales y comunitarios.

Ascensión Iglesias Redondo

Presidenta de UNAF

1. PRESENTACIÓN

La presente guía tiene por objeto servir de apoyo al personal -profesional o voluntario- que desarrolla su actividad en el ámbito de la migración para que, aun sin ser experto/a, incluya la sexualidad en los programas y actuaciones dirigidos a las personas migrantes.

No es la primera vez que la Unión de Asociaciones Familiares (UNAF) aborda la sexualidad de las personas migrantes, y ello es así porque la sexualidad está directamente relacionada con la salud sexual en lo que se refiere al estado de bienestar físico, emocional, mental y social de las personas y de las esferas en las que se desenvuelven y relacionan (amistades, familia, pareja y otros entornos), trascendiendo el concepto de salud asociado a la ausencia de enfermedad, disfunción e incapacidad.

Por otra parte, para que la salud sexual se logre y se mantenga es imprescindible el respeto de los derechos sexuales de todas las personas, lo que exige un enfoque riguroso y positivo de las relaciones sexuales y de la sexualidad, atendiendo los distintos factores que afectan, de manera diferente, a mujeres y a hombres.

Si además tenemos en cuenta que el personal -profesional o voluntario-, que desarrolla su actividad en el ámbito de la migración tiene entre sus objetivos atender los problemas derivados de las relaciones humanas prestando asesoramiento, atención, infor-



mación y orientación para su resolución y para incrementar el bienestar en las múltiples y complejas relaciones entre las personas y sus ambientes, incorporar la sexualidad en sus proyectos de intervención, partiendo de la idiosincrasia de las poblaciones migrantes con las que trabajen e incorporando la perspectiva de género, supondrá un valor añadido a sus proyectos y programas.

Unido a todo lo expuesto, existen más razones que nos han movido a elaborar esta guía:

En primer lugar, para hacer una llamada de atención al personal que desarrolla su actividad en entidades sociales, públicas o privadas, sobre la necesidad de revisar periódicamente la normativa vigente relativa al acceso al sistema público de salud y, en concreto, a la salud sexual y reproductiva de las personas migrantes, dados los cambios legislativos y las reformas de las administraciones públicas que están produciéndose en España y que afectan de manera determinante a este sector de la sociedad.

En segundo lugar, porque siendo conscientes de que los cambios pueden continuar produciéndose y que, dada la situación económica, se prevé que lo que esté por venir no facilite, precisamente, la vida de las personas migrantes, quienes trabajamos con ellas debemos tener en cuenta esta situación y disponer de recursos básicos para aportarles y aportarnos herramientas e información, sustantiva y actualizada (periódicamente revisada), que les permita afrontar su estancia en nuestro país cuidando su salud, mejorando su bienestar, su calidad de vida y, por ende, su sexualidad, tanto personal como familiar y del entorno de acogida, sin perder la referencia del entorno de origen.

En tercer lugar, porque entendemos que el abordaje de la sexualidad no tiene por qué realizarse desde la especialización ni ser tratado en exclusiva por profesionales de la sexología, dado que ésta -la sexualidad humana- es un ámbito fundamental en el desarrollo integral de las personas, pues está directamente relacionada con la salud, el bienestar y la calidad de vida. A pesar de ello, la sexualidad apenas se tiene en cuenta en el diálogo intercultural quizás porque, al estar afectada por tabúes y cargada de valores (culturales, religiosos, de género, etc.), su incorporación en los programas relacionados con las necesidades básicas para la supervivencia cotidiana (empleo, vivienda, papeles...) supone una dificultad añadida, porque en las organizaciones



e instituciones de acogida, atención e información, la sexualidad se percibe como un tema complicado, pleno de aristas y matices, optándose por dejarlo apartado o derivarlo hacia personas expertas en la materia. Sin embargo, la sexualidad, al constituir un aspecto

central del ser humano, necesariamente tiene que ser tenida en cuenta cuando se trabaja con personas en general y, en particular, con aquellas que, por diversas causas, tienen más dificultades para su pleno desarrollo vital y el de sus familias, como sucede con la población migrante y en especial con las mujeres.

En cuarto lugar, porque otro aspecto que complica abordar la sexualidad en el marco de la intervención y la atención social, y en las relaciones que se establecen entre quienes prestamos servicios (cualquiera que sea nuestro estatuto) y las personas usuarias de los mismos, es nuestra propia sexualidad que, permanentemente y aun sin desearlo, ponemos en juego aunque no le demos un lugar, no hablemos de ella, o nos limitemos a la escucha de nuestras/os interlocutoras/es. Porque también nuestra sexualidad está cargada de valores y estereotipos que nos limitan o que sencillamente fluyen poniendo en contradicción lo que decimos que hay que hacer con lo que en realidad hacemos e incluso pensamos, evidenciándose los prejuicios que subyacen en nuestra concepción cultural de la sexualidad y en las diferentes maneras de entenderla y vivirla, tanto en nuestro entorno como en contextos culturales diferentes a los nuestros.

En quinto lugar, porque no siempre contamos con claves e instrumentos, conceptuales y metodológicos, para abordar la complejidad que entraña la

sexualidad humana y las diferentes sexualidades de los seres humanos atendiendo sus especificidades culturales, de edad y de género.

En sexto y último lugar, porque los derechos sexuales y reproductivos que garantizan el logro y el mantenimiento de la salud sexual y, por ende, el desarrollo pleno de nuestra sexualidad, deben ser ejercidos, protegidos y respetados.

Así las cosas, para contribuir a superar los obstáculos que limitan el abordaje de la sexualidad a las personas que trabajan o hacen tareas de voluntariado con personas inmigrantes, en UNAF hemos elaborado esta guía con el objetivo de aportar más elementos para que persona no expertas en esta materia, que trabajen con población migrante, pueda incorporar un tema tan complejo en cualquier ámbito de intervención, sobre todo en aquellos en los que la diferencia y la diversidad nos obliga a movernos en micro-universos plurales, lo que requiere de claves que nos permitan comprender que cuando hablamos de sexualidad en realidad hablamos de sexualidades y que ésta es asunto de todas y de todos.

2. LA SALUD SEXUAL Y LA SEXUALIDAD. MARCO CONCEPTUAL

Aunque la sexualidad debe ser entendida y analizada en su conjunto, dada su complejidad y la multiplicidad de factores que intervienen en su desarrollo y expresión, y con el fin de focalizar nuestras actitudes hacia ella de manera positiva, vamos a ir desgranando cada una de las partes que la constituyen, así como los conceptos, las definiciones y las líneas que dan soporte al abordaje de la salud sexual y de la sexualidad humana y los elementos que intervienen para su adecuado desarrollo, que son fundamentales para valorar su magnitud cuando se interactúa desde marcos culturales, económicos y sociales en los que la diversidad es el factor dominante. Así pues, comenzaremos recurriendo a las diferentes definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre salud sexual y sexualidad humana, identificando y definiendo, a partir de ahí, los diferentes conceptos que las caracterizan y que debemos tener en cuenta

SALUD SEXUAL

La OMS la define como: *"... un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud"*. Por su parte, para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), es: *"... la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad"*.

Ambas organizaciones coinciden en afirmar que para lograrla y mantenerla se requiere: *"... un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia"*.

LA SEXUALIDAD

Según la OMS, la sexualidad es un aspecto fundamental en la vida del ser humano que se caracteriza por: el erotismo (capacidad de expresar y provocar placer), la vinculación afectiva (capacidad de desarrollar y establecer relaciones interpersonales significativas), la reproducción-reproductividad (capacidad de tener descendencia, criarla, cuidarla y educarla, desarrollada a través de la maternidad y la paternidad, así como de cuidar y educar a otros seres con los que la vinculación sea meramente afectiva, realizada mediante el *maternaje* y el *paternaje*) y el sexo genético y físico. Estas características interactúan entre sí y con otros sistemas en todos los niveles del conocimiento humano, en particular en los niveles biológico, psicológico, cultural y social.

La sexualidad está reconocida como un DERECHO universal, cuyo único límite personal es el respeto al Derecho de las demás personas a elegir su propia sexualidad y con quién quieren compartirla.

La sexualidad NO se debe confundir con el SEXO ya que la sexualidad abarca *"... al sexo, las identidades y los roles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores*



biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales", tal y como señala la OMS. Es evidente, por

tanto, que todas y todos tenemos sexualidad y que cada cual la vivimos de manera diferente y la manifestamos de forma distinta, no sólo en función de nuestros propios deseos y necesidades sino del marco social, cultural y religioso en el que nos hayamos educado o en el que nos desenvolvamos. Así pues, dada la pluralidad de factores que intervienen, no podemos hablar de sexualidad sino de sexualidades pues cada persona desarrolla una sexualidad diferente en función de su ámbito de procedencia, del cuerpo desde donde se exprese, del sexo que lo determine, del género de sus deseos de su edad...

Para comprender la dimensión de la sexualidad humana, de las sexualidades, vamos a definir cada uno de los elementos que interactúan en su caracterización:

EL SEXO

Los seres humanos nacemos hombres o mujeres. La diferencia entre ambos se reconoce a través del cuerpo, más concretamente de los genitales que marcan la diferencia biológica que nos define como seres sexuados/as.

Está determinado por las características físicas, anatómicas, biológicas y fisiológicas: **varón (macho)** o **mujer (hembra)**. Contando con los casos de **intersexualidad**¹, donde las personas pueden poseer tanto características genéticas y fenotípicas (visibles o no) propias de varón y de mujer, en grado variable. Es inmutable, en un principio no se cambia porque es una cualidad biológica.

EL GÉNERO

El género es una construcción social y cultural que, en función de el sexo de la persona y antes de que tenga noción de sí, le atribuye características y/o cualidades (de comportamiento, psíquicas, afectivas, actitudinales, culturales, jurídicas, económicas y sociales) que se implementan a través del conjunto de normas, prescripciones y representaciones culturales que dicta la sociedad sobre el comportamiento esperable y deseable para un sexo determinado:

¹-Antes mal conocida como hermafroditismo, donde la persona presenta caracteres sexuados ambiguos, en diferentes grados.

hombre=masculino; mujer=femenino. De este modo, lo masculino y lo femenino queda absolutamente separado desde el momento en que la persona nace, teniendo que responder cada persona a unas expectativas, ajenas a él o ella, sobre las que no puede decidir. El género, lo femenino y lo masculino, es modificable, es decir, está sujeto a transformaciones porque sus atribuciones son culturales y la cultura además de ser diversa, es cambiante.

El género es el conjunto de expectativas que una cultura tiene sobre qué es ser hombre y qué es ser mujer. Lo que puede o debe hacer con su cuerpo y con el de los y las demás.

Estos “deberías” (mandatos de género) cambian de cultura a cultura, pero en términos generales marcan una relación de jerarquía de lo masculino sobre lo femenino.

Las personas (tanto hombres como mujeres) somos seres **sexuales** y **sexuadas**, y son el resultado de la interrelación entre:

ROLES DE GÉNERO

Los roles de género, por tanto, hacen referencia al conjunto de normas sociales y comportamentales generalmente percibidas como apropiadas para los hombres y las mujeres en un grupo o sistema social dado, en función de la construcción social que se tiene de la masculinidad y femineidad -expresión pública de la identidad de género-. Tanto lo femenino como lo masculino están determinados a relacionarse por distintos ámbitos sociales (o esferas) que marcan diferencias en el uso de los tiempos y los espacios. Así, históricamente al sujeto hombre-masculino,



se le han asignado tareas que se desarrollan en el ámbito público y cuyos fines se fundamentan en la provisión de recursos, el mantenimiento y el sustento familiar, que son consideradas tareas productivas y que están valoradas económica, cultural y socialmente. Teniendo un valor social, simbólico y económico, es decir, las tareas que realiza el hombre “son importantes”. Por su parte, al sujeto mujer- femenino, se le asignan tareas que se desarrollan en el ámbito doméstico y cuyos fines se fundamentan en la reproducción biológica, la crianza y los cuidados, que son consideradas tareas reproductivas -reproducir significa repetir lo que otros hacen- y que NO están valoradas NI económicamente (pues no se percibe remuneración por ellas), NI culturalmente (pues no se habla de ellas, son invisibles), NI socialmente (pues se desarrollan en espacios cerrados y aislados -el hogar-). Además, NO están sujetas a horarios, producen aislamiento y NO se les reconoce la capacidad de tomar decisiones.

ESTEREOTIPOS DE GÉNERO

Los estereotipos son ideas o imágenes, exageradas y simplistas, sin fundamento real, que se tienen sobre una persona o sobre un grupo de personas. Esto es, reducir el todo, a una parte y se basan en la generalización. Son la base de los prejuicios.

Los roles de género, al establecer qué es propio de un hombre y qué de una mujer, legitiman la creación de estereotipos que asignan a todos los hombres ciertos valores y capacidades (fuerza, autonomía, decisión, objetividad, iniciativa, etc.) acordes con las funciones productivas, mientras que a todas las mujeres se les asigna otros diferentes asociados a las tareas reproductivas y de cuidados (debilidad, dependencia, sensibilidad, sumisión, obediencia, etc.). Existen infinitas maneras de vivirse como hombre o como mujer (cambian con las generaciones, con la edad, con la cultura y con procesos personales), por lo que todas y todos sabemos que cada persona es diferente a las demás personas, que cada ser humano es singular y único. Naturalizar los roles de género hace que sus consiguientes prejuicios parezcan verdades absolutas. Por ejemplo existen estereotipos de etnia, clase o religión que nos parecen mal y entendemos que son prejuicios. Esta comprensión sería útil extenderla a nuestros prejuicios de género

Los roles de género son cambiantes y por ello a medida que las culturas y las sociedades cambian, lo que es considerado femenino y masculino también cambia. Las culturas y las sociedades cambian. En la actualidad, en muchas sociedades vemos que las mujeres ya no se suelen quedar reducidas al hogar, sino que muchas salen al espacio público, tienen empleo (es decir, trabajo remunerado) y participan en las tareas productivas. Esto es positivo para su independencia y su empoderamiento. Sin embargo, este cambio no ha sido equitativo por los hombres en lo que se refiere a hacerse cargo de los cuidados y cuando se crea una familia provoca una sobrecarga de trabajo en las mujeres que les genera cansancio y les quita tiempo para dedicárselo a las relaciones de pareja y a sí mismas. Ambos, hombres y mujeres, tienen derecho a tener vida personal, profesional y familiar.

Siendo así, debemos trabajar con las mujeres, para que deleguen sus responsabilidades relacionadas con las tareas domésticas y con los cuidados, y con los hombres, estimulándoles a cambiar y a que participen en el espacio doméstico y en los cuidados como manera de mejorar las relaciones consigo mismos, con sus parejas, con sus familias y con su entorno de referencia. Y ello es posible porque los roles de género se aprenden y se transforman.

ROL DE GÉNERO E IDENTIDADES SEXUALES:

La **individualidad** se construye en torno, fundamentalmente, a tres elementos: la identidad de género, la orientación sexual y el rol de género.

La identidad sexual y de género se articula a partir de los cánones sociales y culturales de **masculinidad** y **feminidad** vigentes en el entorno en que se desarrolle cada persona, y se relaciona con el esquema ideológico-afectivo de pertenencia a un sexo, por lo que sería la expresión individual del **género**. La identidad de género está determinada por los intereses de poder preponderantes en las sociedades patriarcales, que se legitiman y perpetúan a través de los conjuntos de saberes, creencias y pautas de conducta impuestos por el grupo social predominante que se corresponde con un determinado modelo de ser humano: androcéntrico, rico, sano y heterosexual, común a todas las culturas. Toda sociedad tiene un conjunto de normas o estereotipos culturales relacionados con el género que intervienen en la formación de una **identidad social**, en relación a otros miembros de tal sociedad y que, en consecuencia,

dan origen a la identidad de género. Por su parte, la identidad sexual alude a dos conceptos bien diferenciados: primero, relativo a la **identidad** y a la **sexualidad**; segundo, relacionado con la experiencia interna de pertenecer a un sexo.

La identidad sexual es la autopercepción y el sentirse varón o mujer, vivirme como hombre o mujer. Cuando la identidad percibida no coincide con la identidad asignada al nacer, hablamos de transexualidad. Tampoco tiene que ver con la orientación sexual.

Esta autopercepción además de una base biológica tiene gran medida de mandato social. Podemos preguntarnos ¿Qué es ser varón? ¿Qué es ser mujer?

LA ORIENTACIÓN SEXUAL

La orientación sexual o del deseo, hace referencia a un modelo de atracción sexual, erótica, emocional y/o amorosa a determinado grupo de personas definidas por su sexo. La orientación sexual puede ser dividida en tres grandes expresiones:

heterosexualidad (atracción hacia personas del sexo opuesto); **homosexualidad** (atracción hacia personas del mismo sexo); **bisexualidad** (atracción hacia personas de ambos sexos). Cada persona vive su orientación de una manera, como no a todas las personas heterosexuales les gusta lo mismo, tampoco a las bisexuales y homosexuales. En el caso de la transexualidad o transgénero involucra a la identidad en la que una persona se identifica, desea vivir y ser aceptada como una persona del sexo opuesto a su sexo biológico. Puede o no incluir el deseo de otro cuerpo que



es obtenido mediante cirugías y/o tratamientos hormonales de reasignación de sexo. Estas “expresiones” no son puras pues en ocasiones se conjugan entre sí.

El comportamiento sexual humano, el rol de género y la identidad sexual son términos relacionados con la orientación sexual, ya que psicológicamente conforman la percepción sexual en una persona. La **preferencia sexual** puede sugerir un cierto grado de elección voluntaria, que determina la vida sexual de una persona al establecer un género como objeto de deseo. Una persona puede o no manifestar su orientación sexual en su comportamiento sexual, siendo posiblemente limitado por los convencionalismos de la sociedad o por sí mismo.

EL EROTISMO

Es la capacidad de expresar nuestros deseos sexuales y de provocar los deseos del otro u otra.

EL PLACER

Puede ser definido como una sensación o sentimiento positivo, agradable o eufórico, que en su forma natural se manifiesta cuando un individuo consciente satisface plenamente alguna necesidad o deseo. El placer se puede conseguir de muchas formas, por ejemplo, a través del descanso cuando sentimos fatiga, de la comida cuando tenemos apetito, de contemplar un bello paisaje, de escuchar música... y también a través de la sexualidad.

El placer sexual aparece ante la excitación sexual que es la respuesta del cuerpo a la estimulación sexual. El ser humano puede excitarse por estímulos que oye, ve, huele, saborea o toca. El estímulo puede ser real -estar presente en el mundo real-, o ser fruto de la imaginación e incluso del sueño. Todo nuestro cuerpo, de hombre o de mujer, está preparado para dar y para darnos placer

LA REPRODUCCIÓN SEXUAL Y LA REPRODUCTIVIDAD

Mantener relaciones sexuales, además de proporcionar placer, abre la posibilidad de la reproducción. La característica fundamental de la reproducción sexual es que se origina un nuevo individuo por la fecundación o fusión de dos células (óvulo y espermatozoide), cada una de las cuales procede de un progenitor diferente sexualmente, mujer y hombre, y en la que intervienen factores y procesos biológicos: órganos sexuales, concepción, embarazo y parto. La reproducción es responsabilidad tanto del hombre como de la mujer, por lo que uno y otra deben implicarse en planificar el embarazo y, en su caso, los métodos anticonceptivos.

La reproductividad, por su parte, hace referencia a la maternidad y a la paternidad como vivencias personales de enorme trascendencia, pero también al desarrollo de las vinculaciones afectivas similares a las derivadas del ejercicio de la paternidad y de la maternidad, aun cuando no se trate de hijos o hijas, denominadas paternaje y maternaje. Este sentimiento puede estar ligado o no a la reproducción biológica, ya que la paternidad y la maternidad puede desarrollarse por una criatura adoptada o por dos padres o dos madres por ejemplo.

La reproducción puede estar dentro del concepto de “procreación”, es decir de crear hacia delante, esto puede ser tener descendencia o un proyecto en común.

LA CONFIDENCIALIDAD

La confidencialidad es uno de los elementos básicos para desarrollar relaciones de confianza. Además, es una actitud y un comportamiento que deben garantizar las personas que trabajan con personas y de las que reciben información sensible. Asimismo, es una norma (regulada por la Ley Orgánica de Protección de Datos) sobre la propiedad de la información, por la que se garantiza que está accesible únicamente a personal autorizado a acceder a dicha información.

LA CONFIANZA

La confianza es la creencia en que una persona o grupo será capaz y deseará actuar de manera adecuada en una determinada situación. La confianza se verá más o menos reforzada en función de las acciones y de las actitudes de las personas depositarias de la misma. Además, en el ámbito que nos ocupa, desarrollar la confianza supone garantizar que se opera desde la voluntad de que la información transmitida “en secreto” no va a ser divulgada o, dicho de otra manera, que se mantendrá la confidencialidad.

LA INTIMIDAD

La intimidad es la garantía de la preservación de las personas y sus actos del resto de seres humanos, significando un aspecto de la seguridad. La intimidad también alude a la característica de un lugar que invita a este estado del ser humano.

La intimidad y la confidencialidad son requisitos indispensables de la confianza que debe primar en las relaciones que establezcamos con las personas usuarias de los servicios, máxime cuando se aborde la sexualidad. Por ello, al tratar la sexualidad, debemos transmitir que la intimidad y la confidencialidad son requisitos indispensables de la confianza que debe primar en las relaciones sexuales libres, consentidas y placenteras.

3. RESPETO, IGUALDAD Y EMPODERAMIENTO *VERSUS* VIOLENCIA

Lamentablemente, la violencia es un factor indeseado que interviene en las relaciones humanas y en la forma de resolver los conflictos. Dado el impacto que tiene sobre el desarrollo saludable de las sexualidades, consideramos importante profundizar en determinados conceptos relacionados.

RESPETO

Respeto es la consideración de que alguien o incluso algo tiene un valor por sí mismo y se establece como reciprocidad: respeto mutuo, reconocimiento mutuo.

VIOLENCIA

Las personas tanto hombres y mujeres poseemos muchas emociones, las más primarias son la alegría, la tristeza, la rabia, el miedo y el asco o repulsa. Todas son necesarias. Es importante reconocerlas y aprender a gestionarlas.

Por nuestra educación en género, se han fomentado y legitimado mucho más unas emociones en los hombres y otras en las mujeres, así como su manera de expresarlas. Por ejemplo, en términos generales, a los hombres se les refuerza la agresividad hacia fuera y evitan la tristeza. Las mujeres son reforzadas para reprimir su agresividad o expresarla hacia dentro pero se les legitima la tristeza. Los varones no son “naturalmente” más agresivos. En este sentido hay que entender que no hay emociones más propias de un sexo o de otro, sino una sociedad que premia más a unas manifestaciones en un género u otro.

Violencia es todo aquel acto que causa daño o dolor. Hay muchos tipos de violencia. Por ejemplo, los estereotipos que limitan la vida sexual de las personas (por su género, su orientación sexual, su aspecto, etc.) es violencia cultural. Las normas que impiden que las personas tomen decisiones sobre su vida,

su cuerpo, su salud, junto con aquellas que discriminan a las personas por su sexo, raza, clase social, etc. son violencia estructural. Todos los actos que lesionan la salud física, psíquica y emocional de las personas son violencia directa. Si una persona trata a su pareja o a las personas con quienes se relaciona con indiferencia, falta de respeto o violencia (física=golpes o verbal=insultos), está ejerciendo violencia y la persona que la sufre no disfrutará ni de su sexualidad, ni de su vida de pareja, ni de otros aspectos de su existencia.

VIOLENCIA GÉNERO

Se trata de cualquier acto de violencia o agresión dirigida a las mujeres por el hecho mismo de serlo, reflejo de un sistema de relaciones de dominación de los hombres sobre las mujeres y, consideradas por parte de sus agresores, carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión. Una violencia silenciada e invisibilizada a lo largo de la historia, en todas las culturas y reflejo de una de las manifestaciones más extremas de desigualdad, de subordinación y de relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. No en vano en 1980, la II Conferencia Mundial sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer, establecía que la violencia contra las mujeres supone el crimen más silenciado del mundo.

Esta violencia se produce en todos los ámbitos de las relaciones personales (familia, escuela, religión, trabajo...). Comprende cualquier agresión física, psicológica, sexual (violaciones, acosos, abusos, libertad expresión), económica (patrimonio, recursos, salarios), social..., incluidas las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad sobre las mujeres y es utilizada por el hombre para ejercer su poder y mantener la subordinación.

En España contamos con la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Que cita en su título I: “La violencia de género no es un problema que afecte al ámbito privado. Al contrario, se manifiesta como el símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad. Se trata de una violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo..” . Esta Ley hace referencia a la violencia ejercida por la pareja o ex pareja, convivan o no.

El 1 de julio entró en vigor la Ley orgánica 1/2015 de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre del Código Penal donde, entre otras modificaciones, se introduce la discriminación por razón de género como circunstancia agravante de responsabilidad criminal (art. 22.4 CP); se tipifica el matrimonio forzado (art. 172.bis. CP); y se incluye el género como uno de los motivos que llevan a cometer los llamados delitos de odio contra un grupo o persona determinada (art. 510 CP).

VIOLENCIA SEXUAL

Existe un tipo de violencia, la sexual, que es aquella que compromete la libertad sexual de las personas y su derecho a decidir cuándo y con quién desean tener relaciones sexuales, así como el tipo de relaciones sexuales (caricias, coito, sexo oral, etc.). La violencia sexual está afectada por la violencia cultural (que defiende unos estereotipos de género), que justifica la violencia estructural (violencias de género ejercidas en todas las estructuras de la sociedad, organismos, instituciones, ciudadanía, etc.) que, a su vez, legitima y se materializa en la violencia directa. Como tal están tipificados los abusos sexuales, el acoso sexual y la violación. También está el acoso por razón de sexo que hace referencia a cualquier comportamiento realizado en función del sexo de una persona, con el propósito o el efecto de atentar contra su dignidad y de crear un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo. La violencia sexual en España está tipificada como delito y, tanto en la agresión como en el acoso “la no intencionalidad” no es justificante de acto, se penará y será delito exista o no intención.

El Código Penal en su artículo 178 señala en relación a las agresiones sexuales: *El que atentare contra la libertad sexual de otra persona, utilizando violencia o intimidación, será castigado como responsable de agresión sexual con la pena de prisión de uno a cinco años.*

Y en el artículo 181.1 sobre los abusos sexuales dice: *El que, sin violencia o intimidación y sin que medie consentimiento, realizare actos que atenten contra la libertad o indemnidad sexual de otra persona, será castigado, como responsable de abuso sexual, con la pena de prisión de uno a tres años o multa de dieciocho a veinticuatro meses*

En este sentido la trata con fines de explotación sexual, los matrimonios forzados, la violencia a los colectivos LGTBI, la violencia por parte de la pareja o ex pareja, la mutilación genital femenina, son formas de atentar contra la libertad sexual de las personas.

MALTRATO Y MAL TRATO

El **maltrato** es una forma de agresión dentro de la relación entre dos personas o más. No hay una definición única ni precisa del maltrato ya que sus características dependen del contexto en que se produzca. El maltrato puede abarcar desde un insulto ocasional hasta los golpes cotidianos que un abusador propina a su pareja. Estas formas de maltrato son muy evidentes, sin embargo otras son más difíciles de detectar: amenazas, golpes a los objetos o las cosas, conductas de control, de aislamiento, de vigilancia, faltas de respeto, control económico, violencia sexual... El maltrato produce lesiones psicológicas y emocionales en quien lo padece, pudiendo, en según qué casos, ser motivo de denuncia, aunque en cualquier circunstancia lo aconsejable es que la primera medida a tomar sea que la persona maltratada se aleje de quien le infringe maltrato.

El **maltrato** es la cara opuesta al buen trato. Recibir maltrato nos hace sentirnos personas despreciadas y empeora nuestra autoestima. Para dejar de recibir un trato malo (maltrato o maltrato) hay que exigir un buen trato.

BUEN TRATO

Los tres elementos claves que garantizan el buen trato son: respeto, confianza y escucha. Cuando nos tratan bien nos sentimos bien. Recibir cuidados y atención nos hace sentir importantes y mejora nuestra autoestima. Las personas, cuando nos relacionamos, debemos cuidarnos unas a otras, especialmente cuando establecemos relaciones afectivas, íntimas y /o sexuales e independientemente de que sea una relación esporádica o más estable en el tiempo.

La equidad, es decir, entender que la otra persona vale tanto como yo, sea como sea, es un pilar para tener relaciones sanas. Recibir y dar buen trato en

la pareja es fundamental para lograr la satisfacción plena, y es un derecho y un deber que tenemos todas las personas. En una pareja cualquiera de sus miembros se siente bien tratado cuando existe reciprocidad en los derechos y los deberes, cuando su opinión es tenida en cuenta, cuando se comparten las decisiones, cuando se reciben mimos, cuando se le habla sin insultos ni gritos, cuando se atienden sus necesidades y su placer, cuando se preocupan por cómo se siente, cuando se planifica conjuntamente la anticoncepción y la prevención de enfermedades, cuando se implican en criar y educar a los hijos e hijas comunes y en cuidar a las personas dependientes...



IGUALDAD E IDENTIDAD

La igualdad es el derecho inherente a los seres humanos (Derecho Humano) a ser reconocidos como iguales ante la ley y a disfrutar de todos los demás derechos otorgados de manera incondicional, es decir, sin discriminación por motivos de nacionalidad, raza, creencias o cualquier otro motivo, incluido por razón de sexo. Es decir, que la igualdad hace referencia a que hombres y mujeres son iguales ante la ley y que tienen derecho a las mismas oportunidades y a recibir el mismo trato, además del deber de cumplir las prescripciones que, en España, marca la Constitución y la Ley Orgánica de Igualdad (Derecho Fundamental).

La diferencia, entre Derechos Humanos y Derechos Fundamentales, está en que los primeros estarán a cargo de la vigilancia y sanción de las organizaciones supraestatales, ya sea a nivel regional o internacional, como, por ejemplo el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, Naciones Unidas, etc.; mientras que los derechos fundamentales serían aquellos que son vigilados por la normativa nacional, por ejemplo, en España el Tribunal Constitucional.

La igualdad tiene dos condiciones: de derecho (*jure/legal*), y de hecho (*facto/real*), que no siempre caminan de manera simultánea, pues se da el caso de que existiendo el reconocimiento de la igualdad jurídica, es decir de derecho, no se activan los recursos exigibles para que la igualdad se dé realmente de hecho (facto).

Muchas veces cuando oímos hablar de igualdad de género pensamos que lo que se pretende es que todas las personas, hombres y mujeres, sean idénticas entre sí, pero esto, además de imposible, no es deseable para nadie. Precisamente la igualdad es el principio que hace referencia a la equidad -igualdad de valor- más allá de lo semejante o diferente. Bien es sabido que con diferencias raciales se han cometido injusticias sociales y, en lo que se refiere al género se han utilizando las diferencias genitales para justificar diferencias sociales y las consecuentes violencias. La igualdad y la equidad garantizan el derecho a ser diferentes y el respeto a la diversidad.

EMPODERAMIENTO

El término “empoderamiento” tiene dos significados:

- ✓ Se refiere al proceso por el cual se aumenta la fortaleza espiritual, política, social o económica de los individuos y las comunidades para impulsar cambios positivos en las situaciones que viven.
- ✓ Hace referencia al desarrollo en la persona de la confianza en sus propias capacidades.



El empoderamiento de las mujeres abarca ambos significados, pues apela al cambio individual y a la acción colectiva, e implica la transformación de los procesos y estructuras que reproducen la posición subordinada de las mujeres como género. Así, el empoderamiento es definido como: “proceso por el cual las mujeres acceden al control de los recursos (materiales y simbólicos) y refuerzan sus capacidades y protagonismo en todos los ámbitos”.

4. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS: DERECHOS HUMANOS

Los Derechos Sexuales y Reproductivos, así como la Salud y su impacto en el desarrollo de la Sexualidad Humana, están reconocidos por Naciones Unidas como Derechos Humanos y por tanto son consustanciales al Estado de Derecho.

Uno de los aspectos esenciales del papel de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), de la que España forma parte, es promover el Estado de Derecho, en los planos nacional e internacional, y establecer el respeto del mismo para proteger eficazmente los Derechos Humanos. El principio de que todos -desde el individuo hasta el propio Estado- deben ajustarse a las leyes que se promulgan públicamente, se hacen cumplir por igual y se aplican con independencia, es un concepto fundamental que impulsa gran parte de la labor de la ONU.

HITOS HISTÓRICOS

Cuando hablamos de hitos históricos nos referimos a los acontecimientos cuya importancia marca un punto de referencia. En relación con el reconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos, destacamos los siguientes:

Primer hito: la creación de la ONU, en 1945, que se define como *“una asociación de gobierno global que facilita la cooperación en asuntos como el derecho internacional, la paz y seguridad internacional, el desarrollo económico y social, los asuntos humanitarios y los derechos humanos”*. La pertenencia de 197 Estados -entre ellos España- le da carácter universal.

Segundo hito: la Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de la ONU en 1948, en París. En sus 30 artículos se recogen como principios básicos su universalidad, interdependencia e indivisibilidad, igualdad y no discriminación, y se explicita que los Derechos Humanos van acompañados de derechos y obligaciones por parte de las y los responsables y titulares de éstos.



Tercer hito: la Organización Mundial de la Salud (OMS) nace en 1948. Es el organismo de la ONU especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial.

Cuarto hito: la Conferencia de Teherán, organizada por ONU y en la que juega un importante papel la OMS, por cuanto aparece el concepto de Derechos Reproductivos que más

adelante, en la Tercera Conferencia Mundial de la Población, celebrada en Bucarest en 1974, serán definidos como un derecho fundamental tanto de las parejas como de las personas.

Quinto hito: la primera Conferencia Mundial de la Mujer, organizada por ONU y celebrada en México en 1975, por contribuir a la instauración del Instituto Internacional de Investigación y Capacitación para la Promoción de la Mujer (INSTRAW) y el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM). Además, se postuló el Primer Plan de Acción Mundial que incluía alcanzar garantías respecto de la igualdad de género en cuanto al acceso a la salud, a la educación, al trabajo, a la participación política, a la vivienda, a la planificación familiar y a la alimentación.

Sexto hito: la segunda Conferencia Mundial de la Mujer, organizada por ONU y celebrada en Copenhague en 1980, por la reglamentación de las políticas públicas en favor de la mujer a través de la denominada Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).

Séptimo hito: la tercera Conferencia Mundial de la Mujer, organizada por ONU y celebrada en 1985, en Nairobi, por propiciar la igualdad en la participación social, la participación política y en la toma de decisiones por parte de las mujeres, en todos los ámbitos y temas y no sólo en lo puntualmente referido a las mujeres, y por reconocer que su participación no sólo era legítima sino indispensable para una comprensión más acabada de la implementación de las políticas públicas para la igualdad de oportunidades, instando a los gobiernos a que delegaran responsabilidades y crearan programas y espacios

institucionales relativos a la mujer en una amplia gama de temas: salud, empleo, educación, servicios sociales, industria, ciencia, comunicaciones, medio ambiente...

Octavo hito: la Conferencia Internacional para mejorar la salud de las Mujeres y la Infancia por medio de la Planificación Familiar, celebrada en Nairobi en 1987, porque por vez primera se incluyó la planificación familiar dentro del campo de los derechos reproductivos y de la salud reproductiva.

Noveno hito: el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo, en 1994, por definir y equiparar los Derechos Reproductivos a los Derechos Humanos.

Décimo hito: Convención de Belén do Pará. El día 9 de junio de 1994 la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA) aprobó la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer

Undécimo hito: la cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, organizada por ONU y celebrada en Beijing, porque se pasó de la categoría *mujer* al concepto de *género*, y se reconoció que toda la estructura de la sociedad debería ser reevaluada a la luz del desarrollo de los estudios de género, ya que únicamente a través de esta perspectiva podrían activarse los cambios necesarios que posibilitaran la participación de mujeres y hombres en pie de igualdad. En la Conferencia se adoptó de forma unánime la **Plataforma de Acción de Beijing**, que plantea 12 ámbitos críticos para las mujeres (pobreza, educación, acceso a los sistemas de salud, violencia, conflictos armados, estructuras económicas, poder y toma de decisiones, igualdad, derechos humanos, medios de comunicación, recursos naturales y medioambientales, discriminación y violación de las niñas), que constituyen los obstáculos para el desarrollo de las mujeres, e identifica el alcance de las medidas que los gobiernos, las Naciones Unidas y los grupos de la sociedad civil deben tomar para hacer de los Derechos Humanos de las minorías una realidad. Cada cinco años, la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, dependiente de la ONU, examina el proceso de implementación de las medidas adoptadas por parte de los países que la suscriben. Este examen se conoce con el nombre de Beijing+. Desde 1995, se han celebrado tres evaluaciones: Beijing+5, Beijing+10 y Beijing+15. La próxima Beijing+20, se celebrará en 2015 en Nueva York.

Duodécimo hito: el decimotercer *Congreso Mundial de Sexología*, celebrado en 1997 en Valencia, porque en él se formuló la Declaración Universal de los Derechos Sexuales, que posteriormente (en el 140º Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, 1999) fue revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología.

Decimotercer hito: Sentencia Campo Algodonero, 16 de Noviembre 2009. Donde se condena al Estado de Méjico por los casos de Femicidio, por su no intervención y su no reparación entre otros hechos. Por lo que se extiende el concepto de femicidio o feminicidio, asesinatos de mujeres por el hecho de serlo, como es el caso de Ciudad Juárez.

DERECHOS HUMANOS

Se definen como las condiciones que permiten crear una relación integrada entre la persona y la sociedad posibilitándoles, además, ser personas jurídicas, identificándose consigo mismas y con las otras. Es decir, son aquellas “*condiciones instrumentales que permiten a la persona su realización*”. En consecuencia, subsume aquellas libertades, facultades, instituciones o reivindicaciones relativas a bienes primarios o básicos que incluyen a toda persona, por el simple hecho de su condición humana, para la garantía de una vida digna, “*sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición*”.

DERECHOS REPRODUCTIVOS

Su objetivo es proteger la libertad y autonomía de todas las personas para decidir con responsabilidad si tener descendencia o no, cuántas hijas y/o hijos, en qué momento y con quién. Los Derechos Reproductivos dan la capacidad a todas las personas de decidir y determinar su vida reproductiva y, al igual que los Derechos Humanos, son inalienables -lo que supone que nadie los puede dar ni quitar- y no están sujetos a discriminación por género, edad o raza.

DERECHOS SEXUALES

Hace referencia al Derecho Humano reconocido a expresar la propia sexualidad sin discriminación por motivos de orientación sexual. Es la base del Derecho a la Sexualidad, y está estrechamente relacionado con el ejercicio y la protección de otros Derechos Humanos fundamentales. El Derecho a la Sexualidad reconoce el derecho a la libertad de orientación sexual de las personas y su diversidad, ya sea esta heterosexual, homosexual (lesbianas, gays), bisexual o transexual(LGBT) -u otro tipo de expresión- así como la protección de esos derechos. Junto a los principios que se recogen en la legislación internacional



sobre derechos humanos, los derechos sexuales y el derecho a la sexualidad también aparecen reflejados en las declaraciones de la ONU sobre los derechos reproductivos y salud reproductiva, en relación con: el derecho a la vida, la seguridad y la protección contra la violencia; la libertad de asociación; la libertad de expresión y de reunión pacífica; el derecho al respeto de la vida privada y familiar; el empleo, la educación, la salud, la vivienda, los deportes; el derecho a buscar asilo; las estructuras nacionales de Derechos Humanos y la no discriminación por múltiples motivos.

Nuestro marco de referencia son los Derechos Humanos. Como hemos señalado, los derechos sexuales y reproductivos son Derechos Humanos. Cualquier tradición o costumbre, por muy arraigada que esté, que atente contra dichos derechos, merece ser revisada. También en los aspectos referentes a la sexualidad. Y cualquier tradición que muestre consideración por dichos derechos, por muy distinta que sea de la nuestra, merece ser respetada.

La Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE), basándose en la Carta de los Derechos Sexuales y Reproductivos adoptada por la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), de la que FPFE es miembro junto con organizaciones de otros 170 países del mundo, elaboró la siguiente Carta por cuyos postulados se rige.

“DERECHOS SEXUALES REPRODUCTIVOS. DERECHOS HUMANOS Y UNIVERSALES”

1. DERECHO A LA VIDA

Derecho a una maternidad sin riesgos. Derecho a que los embarazos sean deseados y al acceso a una atención cualificada para la salud de la mujer embarazada y del feto o el bebé.

2. DERECHO A LA IGUALDAD Y A LA NO DISCRIMINACIÓN

Todas las personas tienen derecho a ser libres de toda forma de discriminación. Ninguna persona debe sufrir discriminación por el modo en que vive su sexualidad y esto incluye la libertad y autonomía para elegir pareja, expresar la propia sexualidad, vivir libremente su orientación del deseo, disfrutar de la erótica de forma independiente de la reproducción si así se desea, etc. Las personas homosexuales (gays y lesbianas), así como las personas bisexuales y transexuales, tienen el mismo derecho a vivir y expresar su sexualidad que las personas heterosexuales. De la misma forma, todas las personas tienen derecho a acceder a los servicios de salud y ser atendidas, independientemente de su raza, sexo, orientación sexual, situación familiar, edad, religión, idioma, creencias políticas, nacionalidad, situación social, lugar de procedencia, etc.

3. DERECHO A LA PRIVACIDAD Y A LA CONFIDENCIALIDAD

Toda persona tiene derecho a la privacidad en lo referente a su salud o sus posibles enfermedades. Por ley, los profesionales de atención en salud están obligados a mantener la confidencialidad respecto a sus pacientes. Las personas tienen derecho a recibir atención y consejos sobre su salud sin necesidad del consentimiento de su familia o su pareja. La ley española establece que a partir de los 16 años se tiene mayoría de edad para estos temas de salud (se habla de menor maduro/a) salvo para tres supuestos: interrupción del embarazo, trasplante de órganos y ensayos clínicos.

4. DERECHO A LA LIBERTAD Y A LA SEGURIDAD: Derecho a decidir sobre la propia vida sexual.

Es un derecho humano universal la facultad de decidir sobre la propia vida sexual, sobre si se tienen relaciones sexuales o no, con quién se tienen y

cuándo se tienen. Toda persona es libre de negarse a una relación sexual y ese derecho debe respetarse. Toda persona tiene derecho a expresar su orientación del deseo y elegir libremente pareja. Ninguna persona ha de ser forzada para tener relaciones sexuales, sean del tipo que sean. Toda persona tiene derecho a elegir cuándo y con quién tiene hijos o hijas. No se debe presionar o forzar a una mujer a interrumpir su embarazo ni a quedarse embarazada. Ninguna persona puede ser sometida a una intervención si no ha sido informada adecuadamente de forma previa y ha mostrado su consentimiento. Toda persona tiene derecho a controlar su propia vida sexual y reproductiva, obviamente respetando los derechos de los demás. Por ello, toda persona tiene derecho a estar informada en materia de reproducción, anticoncepción, interrupción voluntaria del embarazo, esterilización y también en temas de sexualidad que no tengan que ver con la reproducción y que garanticen su libertad y seguridad.

5. DERECHO A LA INFORMACIÓN Y A LA EDUCACIÓN: La educación de la infancia, de los/as adolescentes y de los/as jóvenes.

Todas las personas tienen derecho al acceso a la educación y a la información, no sexista y libre de estereotipos, en cuanto concierne a su salud, sus derechos y sus responsabilidades en materia de sexualidad y reproducción, presentadas en una manera objetiva, crítica y pluralista. La educación es un derecho fundamental establecido por la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948.

Sin embargo, millones de niños, y sobre todo niñas, siguen sin poder ejercer este derecho básico. Si el acceso a la formación primaria es hoy un reto, conseguir que la educación sexual sea universal constituye una apuesta irrenunciable. Los estudios demuestran que proporcionar información a la gente joven fomenta



el respeto y la responsabilidad mutua. Asimismo, cuando las niñas reciben una educación sexual adecuada a sus necesidades tienden a postergar el matrimonio y a reducir el número de hijos e hijas. Sin embargo, muchas comunidades niegan a las niñas y mujeres jóvenes una educación formal que les permitiría tomar decisiones sobre sus relaciones sexuales, su matrimonio y sobre los hijos e hijas que desean o no tener.

Ninguna mujer debería quedarse embarazada por falta de información o por falta de acceso a los recursos anticonceptivos. Del mismo modo, ninguna mujer embarazada debería carecer de los cuidados necesarios para llevar adelante su embarazo sin riesgos. Cuidados que deben continuar de modo que quede garantizada tanto la salud de la mujer embarazada como la del/de la bebé.

6. DERECHO A CONTRAER MATRIMONIO O NO Y A FORMAR Y PLANIFICAR UNA FAMILIA: Los matrimonios forzados.

Ninguna persona, mujer u hombre, puede ser obligada a contraer matrimonio si no lo desea, independientemente de la opinión de la familia. Es un derecho universal que cada persona elija tener o no pareja, y también es un derecho la libre elección de la pareja deseada. El matrimonio debe ser una opción libre y una decisión personal. Tanto el matrimonio heterosexual como el matrimonio homosexual han de considerarse opciones legítimas, sin que ello suponga considerarlos como los únicos modelos de relación o sobre los que establecer una familia. Los lazos que unen a las familias no son únicamente los que se certifican con el matrimonio.

En España con la Reforma del Código Penal Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, se tipifica como delito el matrimonio forzado en el artículo 172 bis, con pena de prisión

7. DERECHO A DECIDIR TENER HIJOS O NO TENERLOS Y CUÁNDO TENERLOS: El acceso a la planificación familiar.

Es un derecho humano disponer de recursos para el cuidado de la salud sexual y reproductiva (y esto incluye el acceso a la información, a la educación sexual, a los servicios de planificación familiar y el acceso a los avances científicos en métodos de planificación familiar y en sexología en general). También es un derecho que la mujer tenga libertad para planificar su vida re-

productiva libre de presiones en su toma de decisiones, y que se proporcione a hombres y mujeres información, orientación y educación sexual como algo integral (que es mucho más que planificación familiar, aunque la incluya). Desde las administraciones públicas se debe garantizar una adecuada educación sexual para todas las chicas y chicos así como el acceso a los servicios de salud sexual.

8. DERECHO A LA ATENCIÓN Y A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD: El acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.

Todas las personas tienen derecho a servicios de salud sexual y reproductiva, servicios que además deben ser accesibles y gratuitos y que respeten la confidencialidad, privacidad y dignidad de los y las pacientes. Dentro de estos servicios de atención a la salud sexual, las personas tienen derecho a la planificación familiar, prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, y atención general en salud sexual (educación sexual, habilidades de negociación y comunicación en pareja...), así como la interrupción voluntaria del embarazo.

Por la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, en España es legal el aborto hasta las 14 semanas de embarazo. Excepciones: el embarazo se podrá interrumpir hasta la semana 22 si existe riesgo para la vida o salud de la embarazada, si existen graves anomalías en el feto o se detecten anomalías incompatibles con la vida.

Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, modifica la situación para las menores de edad e incluye que las mujeres de 16 y 17 años han de poseer el consentimiento de los progenitores o representantes legales.

9. DERECHO A DISFRUTAR DEL PROGRESO CIENTÍFICO: El VIH-SIDA y el acceso a los medicamentos.

Todas las personas tienen derecho a beneficiarse de los progresos científicos y a los medicamentos existentes. Combatir la pandemia del VIH/SIDA supone incrementar la información sobre las vías de transmisión y las medidas de protección; supone también trabajar en otras variables que inciden en buena medida en los comportamientos, pero también es garantizar la adecuada atención a las personas que han estado en contacto con el virus o que han desarrollado la enfermedad. Estos cuidados suponen medicamentos y aten-

ción, pero también evitar la marginación o la discriminación que con demasiada frecuencia sufren aún todas estas personas.

10. DERECHO A LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA: Fortalecimiento de la participación de la sociedad civil.

Los derechos mencionados, sexuales y reproductivos, deben ser garantizados por la sociedad, como condición indispensable para construir una ciudadanía plena y una adecuada convivencia democrática. Participar en la sociedad es sentirse parte de ella. Tratar de hacer realidad todos estos derechos es hacer ciudadanía. Es hacer mujeres y hombres libres y con capacidad de decidir.

11. DERECHO A NO SER SOMETIDO A TORTURAS NI MALTRATO: La violencia por motivos de género.

Es un derecho humano universal la protección frente a la violencia, los abusos y la explotación sexual. Ninguna persona debe ser maltratada o discriminada por su sexo, raza, religión, etc. Son violaciones de los derechos humanos: la violencia machista, el maltrato sexual y psicológico, las violaciones y abusos, la mutilación genital, el infanticidio femenino, la discriminación o infravaloración por razón del sexo, la privación o disminución de libertad por razón del sexo, la desigualdad de oportunidades entre los sexos, etc. La mujer tradicionalmente ha gozado de menos derechos. Afortunadamente las cosas están cambiando y hay nuevas leyes para evitar situaciones de desigualdad. No obstante, el peso de la tradición es muy grande y todavía es frecuente que el punto de partida de hombres y mujeres frente a la salud sexual sea distinto. Es necesario ser consciente de esta realidad para evitar situaciones en que la sexualidad de la mujer se discrimine, se obvie o se dé prioridad a la sexualidad del hombre.

ADENDA: Las personas con discapacidad, hombres y mujeres, son sujetos de los mismos derechos. La pluralidad sexual abarca todas las sexualidades, como no puede ser de otro modo. Todos los seres humanos, cualquiera que sea su procedencia, cultura y creencias también son sujetos de estos derechos.

NORMATIVA ESPAÑOLA DE REFERENCIA

Tanto en cuanto España es país miembro de Naciones Unidas uno de cuyos objetivos es promover el Estado de Derecho, en el ámbito nacional e internacional, y establecer medidas que garanticen el respeto y la protección de los Derechos Humanos, y dado que la salud, la salud sexual y reproductiva y la sexualidad humana son consideradas Derechos Humanos, en coherencia con los principios y obligaciones adheridos a su condición de país miembro, se ha establecido un marco normativo que regula el acceso al sistema de salud que se ocupa de la Salud Sexual y Reproductiva, y que garantiza el respeto y el reconocimiento de la sexualidad humana, así como de todos los elementos que la caracterizan.

En materia de Igualdad, la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva (de oportunidades y de Trato) de Mujeres y Hombres obliga a las grandes empresas y a las administraciones públicas a tener un plan de igualdad y a disponer de los recursos para su implementación, así como evaluarlo periódicamente. Como observación señalaremos que algunos de sus artículos no han sido aún desarrollados. Por su parte, las CCAA tienen su propia Ley de Igualdad.

Para combatir la violencia contra las mujeres, la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Aun cuando se aplican medidas paliativas y punitivas, la parte del articulado que hace referencia a la prevención todavía no ha sido desarrollada. (Las CCAA tienen su propia Ley de Violencia contra las mujeres, que recibe distintos nombres).

Ley orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, incluye como delitos: **la trata de personas con fines de explotación sexual, el matrimonio forzoso, el acoso, e incluye el género como uno de los motivos que llevan a cometer los llamados delitos de odio contra un grupo o persona determinada;** se tipifica la trata como delito siguiendo las líneas de la Directiva de 2011 del Parlamento Europeo.

Para garantizar los Derechos Sexuales y Reproductivos, la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del em-

barazo. En España se puede interrumpir el embarazo libremente en las 14 primeras semanas. Este plazo se extiende hasta la semana 22 en caso de que exista *grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada o riesgo de graves anomalías en el feto*. Más allá de las 22 semanas, se podrá interrumpir el embarazo cuando se detecten *anomalías fetales incompatibles con la vida o cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico*.

En cuanto a las menores de edad la Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, establece que las mujeres de 16 y 17 años deberán ir acompañadas de sus progenitores o representantes legales.

En cuanto a las menores de edad la Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, establece que las mujeres de 16 y 17 años deberán ir acompañadas de sus progenitores o representantes legales.

Respecto al acceso a la Salud, el Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, que entró en vigor el pasado 24 de abril de 2012, recorta los derechos de acceso de las personas migrantes, vulnerando así el carácter universal del Derecho a la Salud en tanto que Derecho Humano.

Se mantiene el carácter de urgencia en el territorio español. Esto es cualquier caso de urgencia, menores y mujeres embarazadas. En la Comunidad de Madrid se asigna un médico pero no se da tarjeta sanitaria si no hay residencia, empadronamiento o trabajo remunerado demostrable. Por lo que se recomienda revisar las particularidades de cada Comunidad Autónoma.

Para la igualdad en el Matrimonio: La Ley 13/2005 reforma el Código Civil. En lo concerniente al derecho a contraer matrimonio añade un segundo párrafo al artículo 44, con la siguiente redacción: *El matrimonio tendrá los mismos requisitos y efectos cuando ambos contrayentes sean del mismo o de diferente sexo*.

Quienes trabajan en el ámbito de la migración deben prestar atención al desarrollo de las leyes que afectan al bienestar y a los derechos de las personas migrantes, muy particularmente cuando se aborda la sexualidad en sus programas y acciones.

PROTECCIÓN INTERNACIONAL: ASILO, REFUGIO Y PROTECCIÓN SUBSIDIARIA

Están en necesidad de Protección Internacional:

- ✓ - Población refugiada: personas que han huido de sus países de origen por haber sido perseguidas, o por temor a serlo, por su raza, nacionalidad, religión, opiniones políticas o por pertenecer a un grupo social determinado como por ejemplo las mujeres, las y los niños o las personas pertenecientes al colectivo LGTBI;
- ✓ - Personas que huyen de una guerra o un conflicto donde corren el riesgo de sufrir torturas, tratos inhumanos o degradantes;
- ✓ - Y personas que no cuentan con la protección de sus autoridades, bien porque no quieren bien porque no les pueden proteger.

Estas personas no pueden retornar al país de origen en condiciones de seguridad y, por tanto, requieren Protección Internacional, siendo necesaria su correcta identificación para que sean derivadas al procedimiento de Protección Internacional.

Para evaluar si una persona puede estar en necesidad de Protección Internacional se debe analizar el riesgo futuro que puede sufrir si es devuelta a su país de origen. Para ello, es preciso analizar las circunstancias de la persona así como la situación en el país de origen o procedencia y el grado de protección efectiva que las autoridades de dicho país pueden ofrecer.

En el ámbito de la Unión Europea, la Protección Internacional incluye la protección que se concede a las personas reconocidas como refugiadas² (asilo) y la protección subsidiaria³.

La Ley 12/2009 de 30 de octubre reguladora del derecho de asilo y de la protección⁴ reconoce expresamente la persecución por motivos de

²-Ver el artículo 1A.2 de la Convención de Ginebra sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951.

³-Ver el artículo 4 de la Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria.

⁴-Dicha ley que viene a transponer el paquete de directivas europeas en materia de protección internacional

género⁵ que incluye, entre otras, la persecución que pueden sufrir algunas mujeres en forma de grave discriminación, violencia sexual, matrimonios forzados, mutilación genital femenina (MGF), violencia doméstica, trata etc⁶. Además, dicha ley contempla la necesidad de dar un tratamiento diferenciado a las personas solicitantes en situación de vulnerabilidad como pueden ser las mujeres que han sufrido violaciones u otras formas graves de violencia psicológica o sexual y las víctimas de trata⁷, reconociendo la complejidad de muchas de estas solicitudes.

Para más información (incluyendo las cautelas que deben tenerse en cuenta en relación a las solicitudes basadas en motivos de género), ver el documento del ACNUR: *La persecución por motivos de género y el asilo*, disponible en: http://www.acnur.es/PDF/persecucion-genero-dic2011_20120320123836_20120508134015.pdf

⁵ -Además, reconoce la persecución por motivos de edad y por motivos de orientación sexual y/o identidad de género.

⁶ -En este sentido, dicha Ley incluye como actos de persecución la violencia física o psíquica, incluida la violencia sexual.

⁷ -Ver el artículo 46.

5. POBLACIÓN MIGRANTE Y SALUD. LA DIVERSIDAD

Hasta ahora, hemos planteado el marco conceptual y normativo, tomando los Derechos Humanos como referencia, desde donde abordamos la Sexualidad Humana y las distintas sexualidades a través de las que se manifiesta en el ámbito social y cultural español, europeo e internacional. Pero, dado que el ámbito de actuación en el que vamos a incorporar la sexualidad en nuestros programas y acciones está constituido por la población migrante de la sociedad española, es preciso conocer cómo se vive y se expresa la sexualidad, así como las relaciones sexuales y de género, en las diferentes culturas que integran la migración residente en España, a la sazón multicultural y multiétnica, valorando así mismo las diferentes situaciones en las que se desarrolla su existencia y sus condiciones de bienestar, circunstancias, como ya sabemos, directamente relacionadas con la sexualidad en la que también intervienen factores biológicos, afectivos y culturales.

DIVERSIDAD

Los seres humanos nos desarrollamos en grupos sociales cuyas costumbres, creencias, tradiciones y valores difieren entre sí marcando la diferencia entre unos grupos y otros. A su vez, las personas que conforman cada grupo, al compartir valores, creencias, costumbres y tradiciones, perciben una **sensación de pertenencia** que les permite sentirse acompañadas/os por sus pares y les ayuda a desarrollar su identidad-personal y social-, reconociéndose y presentándose ante el resto de la sociedad como parte de ese determinado grupo. Dicha sensación de pertenencia se afianza cuando, además, se comparte el idioma y determinados rasgos biológicos y étnicos que enraízan a las personas que los comparten en un origen histórico común. Sin embargo, cada ser humano es personal e irreplicable, cualquiera que sea su entorno de procedencia y su grupo de pertenencia, y las personas migrantes que residen en nuestro país no son una excepción.

Estos rasgos comunes que nos crean sensación de pertenencia se perpetúan a través de la existencia de mitos y de arquetipos, a través de los cuales se van creando modelos referenciales y estereotipos que cambian según el mo-

mento histórico y los intereses de los grupos de poder, como la Historia nos viene demostrando. Sin embargo, los estereotipos “naturalizan” la idea de la homogeneidad haciéndonos creer que todas las personas que pertenecen a determinado grupo social son idénticas entre sí. Pero la realidad nos muestra que cada persona parte de unas condiciones familiares, educativas, económicas, experienciales, relacionales, etc. distintas; que su ciclo vital se realiza en determinadas circunstancias que nunca comparte al cien por cien con sus pares, y que incluso los usos, costumbres y valores, de los que es portadora, son percibidos y asimilados desde perspectivas y modos singulares pues están atravesados por experiencias subjetivas en las que intervienen distintos factores que marcan la diferencia, entre los que se encuentran:

- ✓ Los roles de género.
- ✓ Los roles sexuales.
- ✓ Las relaciones de parentesco.
- ✓ La situación económica y social de la familia de origen (no es lo mismo, por ejemplo, proceder de una familia económicamente solvente que de una empobrecida)
- ✓ Los niveles de formación y educación reglada (en los distintos grupos sociales y culturales que conforman la población migrante encontramos personas con diferentes niveles de estudios y personas que no han tenido acceso a la educación básica).
- ✓ La corporalidad, morfológica y biológica, que también condiciona las relaciones que establece cada persona consigo misma y con su entorno de relaciones y ambiental.
- ✓ La ideología política.
- ✓ El nivel de interiorización de las creencias religiosas.
- ✓ Las características psíquicas (personalidad).
- ✓ Concepción que tiene sobre la sexualidad y su sexualidad.
- ✓ Orientación del deseo. Prácticas mantenidas

Estas diferencias señalan que ni hay un perfil de migrante ni se es migrante, sino que se “está” en una situación de migración. Por otra parte, en esta “situación de migración” coexisten personas que se encuentran laboral, social y económicamente integradas y con buen nivel de vida y personas con graves carencias de toda índole; personas con una buena red de apoyo social y fami-

liar y personas aisladas; personas que han podido acceder a una educación superior y personas que tan siquiera tiene una formación básica; personas con o sin discapacidad; personas jóvenes y mayores; personas con referentes culturales y creencias muy diversas; personas con diferentes valores y estilos de vida; personas heterosexuales y homosexuales, bisexuales y transexuales; personas, en definitiva, distintas entre sí, diversas.

Sin embargo, aun afirmando que no hay un perfil de persona migrante sino muchas personas migrantes, y teniendo en cuenta la diversidad y las diferencias subjetivas, trabajar con población migrante exige conocer los rasgos y características culturales que propician la sensación de pertenencia a un grupo social determinado en las personas que lo conforman, pues, aun siendo conscientes de que vamos a generalizar, nos van a aportar claves significativas para identificar determinados aspectos prioritarios sobre los que debemos incidir, así como los elementos que hacen obstáculo en su relación con los usos, modos, costumbres y leyes del país de acogida, con los de otros grupos y, lo que en este contexto nos interesa, con el desarrollo de su propia salud, de su sexualidad y la de las personas con quienes se relacionan.



SALUD, SEXUALIDAD Y MIGRACIÓN

Al abordar los derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva y la sexualidad de una persona migrante es conveniente tener en cuenta tanto su situación social, su cultura de procedencia, la situación legal y jurídica en que se encuentra, su situación psicológica, etc. como también su relación con el sistema de salud en general, sus ideas sobre los derechos y deberes de la

ciudadanía así como su nivel de relaciones, si se encuentra o no en situación de aislamiento, su nivel de conocimiento del idioma, su situación laboral o jurídica, y todos aquellos factores, objetivos y subjetivos, que puedan ser motivo de que la salud en general y la salud sexual en particular queden relegadas u olvidadas, como de hecho sucede en la mayoría de los casos.

Las y los profesionales que trabajamos con población migrante podemos llegar a pensar que la sexualidad, la salud y la salud sexual y reproductiva son cuestiones poco importantes o, al menos, no prioritarias. Sin embargo, la falta de atención a esos temas puede derivar en situaciones circulares de consecuencias imprevisibles, pues si no se cuida la salud, ni la salud sexual y reproductiva, circunstancias como una infección de transmisión genital (ITG) o un embarazo no planificado pueden deteriorar aún más unas situaciones económicas y laborales precarias que menoscaban tanto su calidad de vida como las de su entorno de pertenencia, mientras que la satisfacción y la felicidad como mujer y como hombre, las relaciones de pareja o amorosas saludables, equilibradas y felices, la satisfacción erótica... aportan un gran plus en la calidad de vida de la persona, fortaleciendo su estado emocional y psicológico y reactivando sus capacidades para afrontar y buscar soluciones a los conflictos y desarrollar su vida con plenitud.

Para abordar la sexualidad en los programas y acciones comunitarias desarrollados con población migrante, hemos de tener en cuenta que:

- ✓ Cada persona es portadora de la idea de la sexualidad, la reproducción, los roles de género, el cuerpo humano, la belleza... que prevalezca en su país de origen y que puede diferir considerablemente de la que tenemos en España.
- ✓ Toda persona tiene derecho a mantener sus ideas y sus creencias sobre estos temas, y a manejarse en su vida con ellas, mientras no atenten contra los derechos sexuales y reproductivos, ni contra cualquier otro Derecho Humano.
- ✓ En algunos casos, las personas migrantes proceden de países con un precario sistema de salud, donde las atenciones sanitarias son económicamente costosas o difícilmente accesibles, o difieren considerablemente del sistema de salud español.

- ✓ Algunas personas migrantes pueden no haber tenido contacto con el sistema sanitario de su país.
- ✓ En algunos grupos sociales la religión juega un papel específico que hay que tener en cuenta.
- ✓ Por regla general el acceso a la salud, en los grupos culturales que conforman la población migrante, es más difícil y complicado para las mujeres que para los hombres.
- ✓ La normativa española en materia de acceso a la salud está cambiando de forma que ya no es universal y sólo pueden acceder a ella (salvo algunas excepciones) quienes estén en una situación jurídica y/o laboral regularizada:
 - Las y los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a asistencia sanitaria de urgencia por enfermedad grave o accidente hasta que se les dé el alta.
 - Mujeres embarazadas, durante el embarazo, parto y posparto.
 - Las y los Extranjeros menores de 18 años, en iguales condiciones que las y los españoles.
 - Las y los extranjeros empadronados en un municipio donde tengan su residencia tienen derecho a la asistencia sanitaria en iguales condiciones que las y los españoles.
 - * Pese a esta normativa creada a partir del Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, la situación puede variar de unas Comunidades Autónomas a otras por lo que habrá que ver la situación en cada caso. Como ya hemos expresado en la Comunidad de Madrid por ejemplo, se asigna un médico y no se da tarjeta sanitaria si no hay residencia, empadronamiento o trabajo remunerado demostrable

6. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN MIGRANTE EN ESPAÑA

Disponer de información acerca de la población inmigrante, sus creencias e ideas sobre sexualidad es fundamental para incorporar en las acciones y los programas de intervención comunitaria temáticas como la sexualidad y la salud sexual y reproductiva, pues la atención en sexualidad no sólo es necesaria para la prevención de Infecciones de Transmisión Genital (ITG), sino también para mejorar en general la forma en que las personas viven su sexualidad, y para proteger los derechos sexuales y reproductivos, que son derechos humanos.

Por tanto, caracterizar a las mujeres y los hombres, así como a los distintos grupos sociales que forman el conjunto de la población inmigrante en España y establecer las diferencias entre unos y otros, nos permitirá el cumplimiento de nuestros fines: dar información y prestar asesoramiento, atención, y orientación sobre todos aquellos temas que faciliten la vida de las personas usuarias de nuestros servicios y de su entorno, así como poner en juego los recursos que favorezcan su bienestar y su salud en las múltiples y complejas relaciones entre las personas y sus ambientes de procedencia y acogida. Igualmente, el manejo de esta información nos permitirá prestar apoyo al personal experto en materias como la salud sexual y reproductiva y la sexualidad, al disponer de criterios adecuados para la derivación de personas usuarias que requieran los servicios de cada competencia.

PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE

Como sabemos, la diferencia conceptual entre sexo y género -el sexo se refiere a los rasgos fisiológicos de ser macho o hembra, mientras el género hace referencia a la construcción cultural y social de esas diferencias sexuales determinadas, respectivamente, como masculinas o femeninas-, nos permite disponer de una categoría explicativa sobre el papel que juegan mujeres y hombres en la construcción social y simbólica de las diferentes culturas. Así, el género se constituye como una categoría de análisis que, como tal, permite capturar información precisa, aglutinarla y desplazarla, abstrayendo diferentes características comunes a los sujetos, grupos o situaciones, posibilitando su

clasificación. De este modo, utilizando el género como categoría de análisis, vamos a identificar los diferentes obstáculos y las facilidades que tienen que afrontar los hombres y las mujeres inmigrantes durante su estancia en el país de acogida y, una vez identificados, podremos elaborar estrategias para incorporar la salud sexual y reproductiva y la sexualidad en las acciones y en los programas de intervención comunitaria.

LOS HOMBRES INMIGRANTES, ASPECTOS GENERALES

Debido a los roles de género, su actividad social (relaciones) y económica (empleo -tanto en la economía formal como informal-) se desarrolla en la esfera pública, teniendo un uso de los tiempos ordenado (horarios) que facilita la gestión y organización de los mismos. Por otra parte, quienes participan de una estructura familiar no tienen -ni por lo general asumen- la responsabilidad de participar activamente en las tareas domésticas ni de cuidados, lo que les permite planificar y disponer de espacios y tiempos privados que favorecen su participación en grupos sociales, a partir de los cuales generan redes (formales o informales) que facilitan el transvase de información. En este sentido hay que señalar que el hecho de recibir información no significa que esta sea adecuada o sustantiva.

En cuanto a la sexualidad, consideran que es “territorio de los hombres” y que ellos tienen más necesidades (siendo esto una creencia infundada en todas las culturas) y deseos que las mujeres. Por el contrario, la reproducción sexual (embarazo, gestación y crianza) a efectos de planificación y cuidados la dejan bajo la responsabilidad de las mujeres.

Respecto a la salud sexual, relacionan las infecciones y enfermedades de transmisión genital (ITG/ETG) con la homosexualidad y en algunos casos con las relaciones sexuales ajenas a la pareja estable.

Las prácticas eróticas las centran en torno al coito, aunque esto está cambiando en beneficio del sexo oral y de la penetración anal, pero en cualquier caso el pene es el protagonista y no manifiestan mucha curiosidad por conocer la erótica y los puntos de placer de las mujeres. Para ellos, los besos, las caricias, incluso la masturbación forman parte de los prolegómenos de la penetración.

LAS MUJERES INMIGRANTES, ASPECTOS GENERALES

Los roles de género sitúan a las mujeres en la esfera doméstica siendo las máximas -y a veces las únicas- responsables de las tareas domésticas y de los cuidados a personas dependientes (menores, mayores, personas enfermas, etc.). Aun cuando desarrollen una actividad económica en la esfera pública, es decir tengan un empleo en la economía formal o informal, esto no les exime de las responsabilidades domésticas y de cuidados, lo que afecta a los espacios y tiempos privados, que son sacrificados, limitando e incluso impidiendo su participación en grupos sociales, lo que les hace carecer de redes (formales o informales) relacionales, afectivas y de información. El aislamiento y el sobreesfuerzo provocan un exceso de cansancio físico y psicológico por el que su salud acaba resintiéndose, repercutiendo negativamente sobre su calidad de vida, su bienestar y, por ende, sobre su sexualidad.

En cuanto a la sexualidad, también ellas consideran que es “territorio de los hombres” y que las necesidades y los deseos de ellos son más perentorios y urgentes que los de ellas, sintiéndose en la obligación de satisfacerlos aunque no lo deseen. Mantener relaciones eróticas poco apropiadas para que ellas puedan disfrutarlas, junto con la sobrecarga de trabajo, son dos de las causas que repercuten en que la pareja disponga de menos tiempo para invertir en su relación y que el desarrollo de su sexualidad sea de menor calidad.

Por el contrario, consideran que la reproducción sexual (embarazo, gestación y crianza) a efectos de planificación y cuidados es su responsabilidad, por lo que en las parejas heterosexuales son ellas quienes se implican más en la anticoncepción.

Respecto a la salud sexual, se consideran exentas de contraer ITG y ETG si no tienen prácticas sexuales fuera de su pareja estable, en la que muy raramente piensan como posible vía de transmisión.

En cuanto a la procreación en las parejas constituidas, algunas de las costumbres y usos relativos a la pareja pueden obstaculizar el desarrollo y bienestar de muchas mujeres. Por ejemplo, en algunas culturas se considera que tener descendencia inmediatamente después de constituir la pareja contribuye a consolidar los vínculos amorosos. Sin embargo, y aun en el caso de que los embara-

zos sean deseados, si se producen en el seno de una relación que aún no está demasiado consolidada la probabilidad de que la relación se rompa o deteriore es alta. El resultado es conocido: mujeres solas, con recursos limitados y con cargas familiares a las que no siempre pueden dar respuesta ya que, además, esta situación (mujer, madre e inmigrante) complica encontrar un empleo, siendo abocadas a situaciones de pobreza e incluso de exclusión social.

Así pues, el impacto de género en la vida de las mujeres inmigrantes tiene consecuencias negativas tales como aislamiento, sobreesfuerzo, soledad, inapetencia sexual y ausencia de deseo, problemas de salud, pobreza, auto-desconocimiento de su erótica y de su cuerpo, riesgo de contraer infecciones genitales a través de sus parejas, sobrecarga en cuidados y responsabilidades, dificultades en el acceso a la información... situaciones que, a su vez, se pueden complicar si no se maneja el idioma del país de acogida (en este caso el español), se carece de redes afectivas de apoyo y se desconocen los recursos existentes o las vías para acceder a los mismos. Todas estas circunstancias colocan a las mujeres inmigrantes que las viven, total o parcialmente, en situaciones de discriminación y desigualdad, respecto de los hombres inmigrantes, para poder desarrollar su sexualidad y alcanzar una vida placentera y satisfactoria, poniéndoles en riesgo de sufrir violencia y maltrato y abocándolas, en los casos más desesperados, a tener que recurrir a actividades no deseadas como, por ejemplo, la prostitución que les coloca en una situación de vulnerabilidad mayor pues incrementa el aislamiento y el riesgo de contagio de ITG, propiciando que puedan convertirse en víctimas de explotación con pocas posibilidades de conseguir un trabajo distinto.

Por ello, abordar la sexualidad y la salud sexual y reproductiva en nuestras acciones y programas comunitarios, requiere la **incorporación de la perspectiva de género** como transversal y la implementación de acciones positivas que faciliten la eliminación de la desigualdad y la discriminación que sufren buena parte de las mujeres inmigrantes en España.

Tener en cuenta **la diversidad sexual**. En algunos contextos culturales la homosexualidad es contemplada como pecado o enfermedad. Incluso dentro de la homosexualidad existe una doble discriminación en la femenina. Muchos varones no heterosexuales han empezado a dirigirse a España también por vivir más libremente su orientación. El varón homosexual aún discriminado posee esferas de éxito y de reconocimiento, aunque sean estereotipadas, como pue-

de ser el arte, el atractivo físico, el divertimento, la moda etc. En cuanto a las mujeres suelen tener dos únicas representaciones: femenina y atractiva para el imaginario erótico masculino o masculina y, por lo tanto, no agradable.

En cuanto a **diversidad funcional**, algunas regiones del mundo no tienen asistencia sanitaria y la enfermedad puede ser vista como un castigo divino, como resultado de un pecado y puede vivirse, por lo tanto, con resignación. Los recursos sanitarios, así como los alimenticios y educativos suelen dirigirse antes a los varones de los núcleos familiares.

CARACTERIZACIÓN DE LOS DIFERENTES COLECTIVOS INMIGRANTES

Como mencionamos al hablar sobre diversidad y sensación de pertenencia, los seres humanos nos desarrollamos en grupos sociales cuyas costumbres, creencias, tradiciones y valores difieren entre sí marcando la diferencia entre unos grupos y otros. A continuación vamos a dar cuenta de los rasgos más significativos de las poblaciones inmigrantes con mayor presencia en España, utilizando los datos aportados UNAF, ratificados a través de los grupos dialógicos realizados con las mujeres de AMUINCA (una asociación de mujeres inmigrantes multicultural en la que tienen presencia mujeres de distintas nacionalidades, excepto mujeres chinas, a las que también vamos a referirnos).

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN LATINOAMERICANA



Las principales poblaciones latinas que hay en nuestro país son: ecuatoriana, colombiana, peruana y boliviana. Participar de un idioma común, así como compartir numerosos rasgos culturales y costumbres, facilitan su integración en el país de acogida.

Rasgos principales de la sexualidad de la población latinoamericana:

Maternidad/ paternidad y anticoncepción:

- ✓ La anticoncepción es responsabilidad de la mujer y se rechaza por el hombre.
- ✓ El método anticonceptivo más habitual suele ser el hormonal, que comienza a usarse al poco tiempo de comenzar una relación afectiva.
- ✓ El preservativo apenas se usa por rechazo de los varones.
- ✓ Tendencia a delegar la decisión en los/as profesionales.
- ✓ Interrupción del embarazo considerada un mal menor, poco deseable, pero se contempla como opción.

Prevención de infecciones de transmisión genital:

- ✓ Idea de prevenir como “cuidarse”.
- ✓ Aunque hay información, no deriva en conductas seguras.
- ✓ Idea de “pareja estable” y “pareja decente” como medida de seguridad muy arraigada. Sin embargo, el 80% de las mujeres que se infectan lo hacen a través de su pareja.

Educación sexual:

- ✓ Educación sexual basada en la reproducción y la anticoncepción.
- ✓ En la escuela, basada en la información y la prevención de riesgos.

Relaciones eróticas y de pareja:

- ✓ Relaciones eróticas muy coitocéntricas.
- ✓ Relaciones de pareja flexibles, con aceptación de las rupturas y de las nuevas relaciones prácticamente a cualquier edad.
- ✓ La homosexualidad es muy rechazada por una confusión entre orientación del deseo y rol sexual.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN MAGREBÍ

La población magrebí, más numerosa en España, es la proveniente de Marruecos. En general, se caracteriza por manifestar un profundo sentimiento religioso y el deseo de integrarse en el país de acogida. Mayoritariamente dominan el idioma español y los hombres, en mayor número

que las mujeres, también manejan el idioma de la autonomía en la que residen.

La religión influye en su concepción de la sexualidad, sobre todo en aquellos grupos sociales que provienen de zonas rurales, siendo menos evidente esta influencia en los grupos que provienen de zonas urbanas.

Maternidad/ paternidad y anticoncepción:

- ✓ La virginidad antes del matrimonio es un valor imprescindible en la mujer, mientras que en el hombre, aunque es deseable, no se exige.
- ✓ La maternidad es un valor que define a las mujeres y un don para los varones.
Preferencia descendencia masculina



- ✓ La interrupción del embarazo es rechazada en cualquier caso.

Prevención de infecciones de transmisión genital:

- ✓ La idea de prevenir no tiene mucha cabida en origen: la enfermedad se entiende como fruto de la voluntad divina, por lo que no se puede prevenir. El VIH, sin embargo, se considera una enfermedad marginal, de la que es culpable quien la padece por haber hecho “lo que no debía”. Por lo tanto, hay cierta sensación de invulnerabilidad para quienes consideran que hacen las cosas “como dios manda”.
- ✓ La principal estrategia de prevención que utilizan los hombres es mantener relaciones con mujeres vírgenes, que ellos estiman no han podido ser infectadas.

Educación sexual:

- ✓ La educación sexual no existe en las escuelas.
- ✓ En la familia se lleva a cabo un fuerte adoctrinamiento y educación en

los valores del Islam con respecto a la sexualidad, muy estrictos y limitadores para ambos sexos.

- ✓ Se educa en unos roles sexuales muy encorsetados, que dificultan la comunicación entre hombres, entre mujeres y de unos con las otras.

Relaciones eróticas y de pareja:

- ✓ Relaciones eróticas muy coitocéntricas.
- ✓ Relaciones de pareja rígidas, heterosexuales y para toda la vida. Con unos roles muy definidos de lo que es ser una “buena esposa” o un “buen esposo” y una “buena madre” o un “buen padre”.
- ✓ La homosexualidad es muy rechazada, especialmente en los hombres. Hay cierta confusión entre el rol que asume el hombre en la penetración anal y el grado de homosexualidad (si es penetrado es homosexual, pero si es quien penetra puede no serlo).
- ✓ La homosexualidad femenina está invisibilizada y el discurso oficial es que no existe.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN SUBSAHARIANA

Nos referimos sobretodo a las etnias o comunidades más numerosas en nuestro país y con quienes más trabajamos: Senegal, Gambia y Nigeria. Pero también hablaremos de otras comunidades en las que la mutilación genital femenina está muy extendida o el riesgo de VIH es más alto, dentro del África subsahariana (Mali, Guinea, Sierra Leona, Botswana, Namibia, Swazilandia, Zimbabwe e incluso Sudán)



A pesar de que solemos hablar de características culturales según el país, la extraña división fronteriza de África hace que sea incorrecto considerar cada país como elemento cultural inde-

pendiente. Sería más correcto referirnos a las comunidades o naciones, que en ocasiones se encuentra entre varios países y, otras veces, se encuentran distintas etnias con características muy diferentes entre sí dentro del mismo país.

Maternidad/ paternidad y anticoncepción:

- ✓ La función reproductiva de la sexualidad es la más considerada. La maternidad y la paternidad son un valor, así como la fecundidad, por eso suelen tenerse muchos/as hijos/as sin atender a cuestiones socioeconómicas.

Prevención de infecciones de transmisión genital:

- ✓ Debido a la alta prevalencia del VIH en África (9 de cada 10 nuevas infecciones se dan en este continente), hay un enorme interés por conocer las vías de transmisión, estrategias de prevención, etc.
- ✓ Hay una alta percepción de riesgo, en ocasiones desmesurada, puesto que entienden que las estrategias de prevención (como el preservativo) no son suficientes.
Elas no suelen poder tener la iniciativa ni la decisión en el uso de preservativos o métodos de barrera

Educación sexual:

- ✓ En general y especialmente en el caso de las mujeres, la masturbación es rechazada. El placer, tanto en las comunidades con influencia islámica como en las que están influidas por el cristianismo, la sexualidad está muy ligada al pecado, la vergüenza y la culpa.
- ✓ Con respecto a la educación sexual de las mujeres, todo está atravesado por tabúes: desde los caracteres sexuales secundarios, hasta la menstruación o el contacto con el sexo opuesto. En las zonas rurales hay mucha mitología al respecto.
- ✓ Mientras los varones sí lo hacen, las mujeres no conocen sus genitales y mantienen una relación de rechazo con ellos (huelen mal, son impuros, no deben tocarse... Incluso suelen vincularlos al dolor a causa de la mutilación genital femenina).

Mutilación genital femenina:

- ✓ La mutilación genital femenina (MGF) incluye “todos aquellos procedi-

mientos que implican la extirpación total o parcial de los genitales externos femeninos o su alteración por motivos culturales u otras razones no terapéuticas (OMS, 1997)”.

- ✓ La mutilación genital femenina suele llevarse a cabo en condiciones poco higiénicas (a veces incluso en grupo, con el mismo utensilio para todas las niñas) o incluso a través de la celebración de una fiesta.
- ✓ No todas las etnias de los países en que se realiza, la llevan a cabo:
 - La practican: Mandingas, Sarahules, Fulas (Pular, Fulbé), Bámbara, Dogón, Edos, Awusa, Djola y Manyaco.
 - No la practican: Wolof y Serer.
 - Nunca se ha practicado en países como: Marruecos, Jordania, Argelia, Siria, Libia, Túnez, Turquía o Arabia Saudí (por lo que no puede ligarse al Islam).
- ✓ Sólo en algunas etnias se lleva a cabo esta práctica.
- ✓ Las migraciones hacen que la MGF no sea un problema de África, puesto que afecta también a todos los países (también industrializados) donde hay población de estas comunidades.
- ✓ En España los primeros casos se detectaron en Cataluña (1993) y Palma de Mallorca (1996).
- ✓ Recibe otros muchos nombres: sunna, corte, escisión, circuncisión, ablación...
- ✓ Existen diferentes tipos, según el grado de extirpación que se produzca.
- ✓ El trabajo a llevar a cabo es de tres tipos:
 - Judicial: Legislar de forma que esta práctica se elimine.
 - Formativo: Capacitando a profesionales para detectar, tratar y prevenir esta práctica.
 - Educativo: Con la población en riesgo, para que entiendan las repercusiones físicas, psicológicas y sociales de esta práctica.

Relaciones eróticas y de pareja:

- ✓ En muchas de estas comunidades, la monogamia no es la forma más habitual de relación. Es el varón quien puede casarse con más de una mujer, ellas no.

- ✓ La fidelidad es importante en la mujer, pero no tanto en el hombre.
- ✓ La homosexualidad es muy rechazada.
- ✓ Los varones muestran un enorme interés en la búsqueda de estrategias de seducción y acercamiento hacia el otro sexo. Las mujeres, sin embargo, son mucho más recatadas, la seducción debe ser muy sutil y no deben mostrar interés por el placer o las relaciones eróticas.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN PROCEDENTE DEL ESTE EUROPEO



La población más numerosa en España es la proveniente de Rumanía, aunque en según qué zonas encontramos grupos numerosos provenientes de Ucrania, Bulgaria y Polonia. En relación con el sentimiento religioso, en general se dan dos posturas encontradas entre sí: un sentimiento profundo o bien un absoluto desinterés. Aun cuando llegan a España con un gran desconocimiento del idioma, tanto las mujeres como los hombres no tardan en aprender español, integrándose

con facilidad en los usos y costumbres que son similares a los de su país de origen. Las mujeres muestran autonomía en sus relaciones. La religión no influye especialmente en su concepción de la sexualidad, aunque en los últimos años ha habido un aumento personas seguidoras del Evangelismo en estas comunidades, también en población latinoamericana, y esto sí tiene una visión determinada hacia la sexualidad en general, la homosexualidad y la figura de la mujer

Maternidad/paternidad y anticoncepción:

- ✓ La anticoncepción es responsabilidad de la mujer.
- ✓ El método anticonceptivo más habitual suele ser el DIU, aunque también utilizan el hormonal.

- ✓ Las personas religiosas suelen ir vírgenes al matrimonio, aunque previo a este mantienen relaciones sexuales no coitales.
- ✓ El preservativo se usa pero sobre todo fuera de las relaciones de pareja estable.
- ✓ Tendencia a delegar la decisión en los y las profesionales.
- ✓ Interrupción del embarazo poco deseable, pero se contempla como opción.

Prevención de infecciones de transmisión genital:

- ✓ Solo se contempla en las relaciones fuera de la pareja estable y por parte de los hombres.
- ✓ Aunque hay información, no deriva en conductas seguras.
- ✓ Idea de “pareja estable” como medida de seguridad muy arraigada. Sin embargo, un alto porcentaje de las mujeres que se infectan lo hacen a través de su pareja.

Educación sexual:

- ✓ Educación sexual basada en la reproducción y la anticoncepción.
- ✓ En la escuela, basada en la información y la prevención de riesgos.
- ✓ En las familias se aborda el tema con naturalidad.

Relaciones eróticas y de pareja:

- ✓ Relaciones eróticas muy coitocéntricas.
- ✓ La fidelidad es importante en la mujer, pero no tanto en el hombre.
- ✓ La homosexualidad es rechazada por una confusión entre orientación del deseo y rol sexual.
- ✓ La homosexualidad femenina está invisibilizada.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN CHINA

La población china es seguramente la que menos conocemos en relación a otras culturas. Resulta difícil conseguir que se impliquen en actividades sociales, que participen de la vida pública de nuestro país y que se involucren con

población que no sea china. No obstante, podemos apuntar algunas pinceladas a tener en cuenta.

Maternidad/ paternidad y anticoncepción:



✓ La política del hijo único llevada a cabo en China desde los años 70 ha marcado su idea de la maternidad y la paternidad, que es considerada un lujo y algo muy selectivo. Esta política ya está llegando a su fin en los países de origen por lo que este cambio podrá verse reflejado en Europa.

✓ La desigualdad entre mujeres y hombres ha dado lugar a orfanatos llenos de niñas,

en condiciones deplorables y sin apenas atención. Los varones, aunque también llenan estos centros, son preferidos por las familias cuando nacen.

- ✓ La anticoncepción es algo muy utilizado, responsabilidad de la mujer casi siempre, y en España, muy efectivo. No se conocen casos de abortos ni embarazos no planificados de población china en nuestro país.

Prevención de infecciones de transmisión genital:

- ✓ La medicina china tradicional parte de principios muy diferentes a los nuestros, por lo que la prevención que aquí llevamos a cabo no es demasiado aceptada por la población china. No obstante, el uso del preservativo no es tan dificultoso como en otras culturas.
- ✓ La estabilidad y la fidelidad en la pareja es la medida de prevención más utilizada.

Educación sexual:

- ✓ La educación sexual en las escuelas de china es muy escasa y reproductiva: la sexualidad se considera un ámbito muy íntimo de la persona

y de la pareja y hablar de ello en público se considera inapropiado, de mala educación e irrespetuoso.

- ✓ Al no tener influencia de las religiones monoteístas mayoritarias (Islam, Judaísmo y Cristianismo) las prácticas sexuales no se viven desde la culpa, ni se tiene la idea de pecado. De hecho, en la sabiduría popular china se hacen referencias a las propiedades beneficiosas de las prácticas eróticas para la longevidad y el bienestar de los varones.
- ✓ También en la población china la mujer tiene un papel secundario y de sumisión con respecto al hombre.

Relaciones eróticas y de pareja:

- ✓ Sabemos muy poco al respecto, pero suelen mantener relaciones estables y duraderas.

REFLEXIONES NECESARIAS PARA TRABAJAR CON PARTICULARIDADES:

Estas reflexiones han sido extraídas de la **Jornada: Culturas, Género y Sexualidades**, organizadas por UNAF y celebradas el 23 de abril de 2015 en el Círculo de Bellas Artes de Madrid.

En términos generales conviene tener en cuenta algunas cuestiones para el trabajo con y para personas de diferentes orígenes y culturas:

1. Las personas nacen y crecen en un entorno que les influye y en el que influyen. No existe la individualidad sin la cultura. Tampoco existe la universalidad, en sexualidad encontraremos la diversidad y la particularidad.
2. Más allá de la cultura, conviene tener presentes las particularidades. No se trata solo de ser marroquí por ejemplo, será la intersección con otras particularidades las que nos darán las claves (mujer u hombre, lugar de residencia, origen rural o urbano, casadas o solteras, monogamia, poligamia, hijos e hijas, orientación sexual, religión, etc.)
3. En España, se tiende a un modelo asimilacionista y de aculturación más que de diversidad. Las consecuencias incluyen la pérdida de diversidades y la creencia de que nuestra cultura es mejor (todas las culturas piensan que la

suya es la mejor). A su vez, ofrece la oportunidad de avanzar hacia la equidad de género y/o a la protección de derechos humanos.

4. Prestar especial atención a las minorías dentro de minorías que sufren dobles y triples discriminaciones por el entorno y en gran medida por su propio grupo.
5. En todas las culturas las mujeres tienen menos valor social y real, por ello es fundamental la perspectiva de género. Es la variable de género la que más peso tiene, divide el mundo en dos y resulta esencial en cualquier análisis e intervención.
6. En todas las culturas se animaliza el deseo masculino, partiendo de la creencia errónea de que los hombres tienen un deseo irrefrenable, constante... (más necesidad, se acumula el semen, es su instinto, etc.). La respuesta sexual masculina y femenina es idéntica. La diferencia está en la socialización diferenciada en cuanto a deseo y a cuerpo. “Animalizar” la sexualidad masculina, lleva a la legitimación de la violencia sexual por parte del hombre hacia las mujeres y las niñas.
7. En la atención, los y las profesionales han de tener en cuenta no sólo aspectos y claves culturales de sus lugares de origen, también las referencias en el imaginario sexual obtenidas a través de la literatura, los mitos, las leyendas, la pornografía, etc., de cada persona o grupo. Ello va a incidir en su concepto de sexualidad y en determinadas creencias, expectativas y/o prácticas.

La educación sexual es una cuenta pendiente prácticamente en todas las culturas. No hablar de sexualidad es una forma de educar y las personas acceden a la información a través de fuentes diversas que hemos de tener en cuenta.

8. La escucha activa y receptiva crea el espacio adecuado para la atención. Es en este espacio desde el que podremos encontrar las claves y favorecer la confianza de las personas en el recurso y en el o la profesional.
9. Conseguiremos la equidad con la implicación también de los hombres. Es preciso trabajar con mujeres y con hombres, desmontar mitos castrantes

para cada cual, dar espacios para crear y repensar nuevas maneras de ser, etc. El empoderamiento femenino requiere un trabajo por parte de los hombres con el objetivo de que accedan a una sexualidad más sana y libre, relacionándose con las mujeres como sujetos y dueñas de su propia sexualidad.

10. Los y las profesionales han de reflexionar sobre su historia, sus creencias y su cultura, para que no interfiera en su mirada y en su atención.
11. En la sexualidad no siempre la práctica se identifica con la identidad: Personas que son infieles se definen como monógamas, infidelidad castigada solo si es por parte de la mujer, hombres que tienen sexo con hombres y no se nombran como gays porque hacen el rol activo, etc.
12. No existen personas de riesgo, sino prácticas de riesgo. En sí homosexuales, personas procedentes de determinadas culturas, etc., no son personas de riesgo para infectarse por ejemplo del VIH/SIDA. Las prácticas de riesgo -penetración sin preservativo- existen en la población en general, por lo que importa saber su concepto de sexualidad y su percepción de la salud y del riesgo.
13. Las mujeres y las niñas podrán empoderarse si tienen espacios de seguridad. Las intervenciones evitarán ponerlas en situaciones de riesgo y/o que incrementen su vulnerabilidad. Por ejemplo, antes de poner una denuncia por violencia de género, ver si esa mujer tiene personas a cargo, redes afectivas, recursos económicos, etc.
14. El debate biología versus cultura no es útil a nivel pedagógico. No se puede marcar un línea de dónde empieza una y dónde la otra. Sabemos que ambas influyen en la realidad humana y que es un círculo infinito. La sexualidad y el deseo no son algo estático, evolucionan como evoluciona la persona. Caer en el determinismo biológico (se nace gay por un gen) es tan pernicioso como creer que se es completamente libre y cultural (si me esfuerzo puedo cambiarlo). Como bien decía De la Iglesia Turiño “cuando no determina la biología lo hace la cultura”.

7. POBLACIÓN MIGRANTE EN SITUACIÓN DE PROSTITUCIÓN

La prostitución es un fenómeno presente en todo el mundo y que se extiende con las redes de explotación transnacionales, intereses económicos y flujos migratorios bajo la promesa de una vida mejor, y constituyendo una industria que ha crecido hasta volverse tan lucrativa como el tráfico de armas o de drogas.

La prostitución constituye una brutal violación de los derechos fundamentales - principalmente de mujeres y niñas -, es una realidad que crece entre las desigualdades sociales y económicas, los valores de supremacía patriarcal y el discurso del sexo como producto de consumo.

Prostitución y trata están interrelacionados, siendo la prostitución el objetivo principal de la trata de mujeres. Ambas son forzadas, son formas de esclavitud, esté o no inmersa en una red organizada.

Hay que prestar mucha atención porque puede existir un sesgo, pensar que solo en caso de trata la prostitución es forzada, la prostitución también lo es, es una forma de esclavitud, este o no inmersa en una red de instigaciones organizadas. Si la prostitución fuera un empleo y fuera voluntario no tendría el sesgo de género (la gran mayoría de la prostitución es femenina y casi en el total de los casos el prostituidor es varón) que tiene, siendo el resultado de siglos de educación en el concepto de que el cuerpo femenino es un objeto.

La Relatora Especial sobre los Derechos Humanos de las Víctimas de Trata indica en su informe que “la mayor parte de la **prostitución**, tal y como se practica actualmente en el mundo, suele reunir los requisitos para que pueda ser considerada trata (...), es raro dar con un caso en que los motivos que llevan a una persona a la prostitución, y las experiencias de esa persona dentro de la prostitución, no incluyan como mínimo un abuso de poder y/o un abuso de vulnerabilidad. En este contexto, poder y vulnerabilidad deben entenderse también desde la óptica de las disparidades basadas en el sexo, la raza, la etnia y la pobreza. Dicho de manera sencilla, el camino que lleva a la prostitución y a ese estilo de vida una vez que se ha caído en ella, rara-

mente se caracterizan por el pleno ejercicio de derechos de las víctimas o la obtención de oportunidades adecuadas”.⁸

En el Protocolo de Palermo (2000), se afirma que la trata de personas constituye una violación de los derechos humanos. La Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó en 2010 el Plan de Acción Mundial de las Naciones Unidas para combatir la trata de personas (Resolución 64/293), que indica “la necesidad de elaborar un plan de acción mundial contra la trata de personas”. En 2013, adoptó la Resolución 68/108, sobre la “Mejora de la coordinación de esfuerzos contra la trata de personas”.

Cabe destacar GRETA (Group of Experts on Action against Trafficking in Human Beings), responsable de supervisar la implementación de la Convención Europea contra la trata de seres humanos que en 2013 publica su primer informe sobre los países en es este tema

Naciones Unidas define la **trata** como una forma de esclavitud moderna que consiste en el comercio ilegal de seres humanos a través de la fuerza, el fraude o la coerción para propósitos de explotación sexual comercial o trabajo forzado. Adopta una variedad de formas en cada región del mundo.

Así, muchas mujeres son captadas por las redes internacionales de tráfico de personas bajo amenazas, el uso de la fuerza u otras formas de coacción, raptos, fraude, engaño, abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o por la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación. Contraen supuestas *deudas* con sus captores (proxenetas), que nunca llegan a pagar. Al llegar al país de destino les retiran la documentación y les amenazan con hacer daño a sus familias si denuncian o escapan de la red. Suelen operar en clubes de alterne y son trasladadas de un lugar a otro periódicamente para que no *intimen* con la clientela (prostituidores).

Estas mujeres no tienen capacidad de decisión ni acceso a los servicios públicos ni se les permite relacionarse fuera de su entorno. Ven gravemente perjudicada su salud sexual y reproductiva, y su salud integral en general,

⁸-APRAMP: “La trata con fines de explotación sexual”. 2011. Págs. 38-39

desde problemas ginecológicos a sufrir violaciones, son expuestas a formas de violencia y situaciones de falta de salubridad. El uso de anticonceptivos, mecanismos de barrera depende de la voluntad del prostituidor o proxeneta por lo que puede estar expuesta a infecciones de transmisión genital y a embarazos no planificados y a consecuencias de prácticas decididas por el proxeneta y/o prostituidor. Según sea su lugar de origen pueden desconocer los riesgos a los que exponen su salud, así como la mayoría de los anticonceptivos y métodos de barrera. Conocen el preservativo masculino (sus compañeras les informan o en el mejor de los casos su proxeneta) pero pueden desconocer otros métodos de barrera más específicos, como el cuadro de látex (en el sexo oral) o el preservativo femenino. Los proxenetas son los encargados de facilitarles, o no, los servicios de salud que consideran oportunos para la buena marcha de sus negocios. Estos controles tienen como objetivo “tener un producto de calidad” no el bienestar de las mujeres.

España se ha convertido en uno de los principales países europeos de tránsito y destino de personas procedentes de la trata. Se sabe que, en el caso de la trata con fines de explotación sexual, la mayoría de las víctimas son mujeres de entre 18 y 25 años provenientes de Brasil, Bulgaria, Colombia, Ecuador, Nigeria, Ucrania, Rusia o Rumania principalmente. También mujeres de otras nacionalidades de países de Europa del Éste, África Subsahariana y América Latina, siendo menos los casos localizados de mujeres asiáticas víctimas de este delito⁹, si bien los anuncios ponen de manifiesto que cada vez hay más mujeres de estas nacionalidades ofertadas o al menos que van creciendo para satisfacer la demanda de esos nacionales aunque las ONGs y la policía no lleguen a ellos.

La prostitución en nuestro país no es un delito y no cabe adoptar por ello medidas penales contra las personas que la ejercen y, a diferencia de otros países, el proxenetismo solo está penalizado en algunos supuestos. En el Código Penal se modifica el artículo 187 con el objetivo de perseguir con mayor eficacia a quien se lucre de la explotación de la prostitución ajena.

⁹-RED ESPAÑOLA CONTRA LA TRATA. “Guía básica para la Identificación, Derivación y Protección de las personas víctimas de trata con fines de explotación”. Editada por APRAMP . Pág 29

Se modifica la dicción literal de la tipificación del delito de trata de seres humanos (art. 177 bis CP) en aras de adecuarlo a la Directiva 2011/36/UE, de 5 de abril de 2011.

Teniendo en cuenta que además la Resolución del Parlamento Europeo de 26 de febrero de 2014, sobre explotación sexual y prostitución y su impacto en la igualdad de género, alude a que prostitución y trata van juntas y que es una práctica de desigualdad.

Estas mujeres no tienen capacidad de decisión ni acceso a los servicios públicos ni se les permite relacionarse fuera de su entorno. Son especialmente

vulnerables a contraer ITG, VIH y Sida, a embarazos no planificados, a abortos clandestinos y en ocasiones forzados, y a sufrir violencia. El uso de anticonceptivos depende de la voluntad del cliente. Según sea su lugar de origen desconocen los riesgos a los que exponen su salud, así como la mayoría de los anticonceptivos. Conocen el preservativo masculino (sus compañeras les informan o en el mejor de los casos su proxeneta) pero desconocen otros métodos de barrera, como el cuadro de látex (en el sexo oral) o el preservativo femenino. Los proxenetas son los encargados de facilitarles, o no, los servicios de salud que consideran oportunos para la buena marcha de sus negocios.



Cartel de la campaña de APRAMP

España se ha convertido en uno de los principales países europeos de tránsito y destino de personas procedentes de la trata. Se sabe que, en el caso de la trata con fines de explotación sexual, la mayoría de las víctimas son mujeres de entre 18 y 25 años provenientes de Brasil, Bulgaria, Colombia, Ecuador, Nigeria, Ucrania, Rusia o Rumania principalmente. También mujeres de otras nacionalidades de países de Europa del Este, África Subsahariana y

América Latina, siendo menos los casos localizados de mujeres asiáticas víctimas de este delito¹.

En nuestro país la prostitución no está prohibida ni las personas que la ejercen son perseguidas si bien el Código Penal (art. 188) castiga con penas de 2 a 4 años de prisión a los proxenetas, es decir, a quienes obligan a una mujer a prostituirse y se lucran de lo que obtienen. Otro artículo de la misma ley (el 177 bis) tipifica el delito de la trata de seres humanos con diferentes finalidades, entre ellas la explotación sexual. Observamos penas muy bajas en relación a la gravedad del delito. Algunas ciudades han elaborado ordenanzas o leyes que sancionan el ejercicio de la prostitución en espacios de calle, sin embargo la prostitución es una realidad mucho más compleja, ejerciéndose en espacios muy diversos como pisos, clubes de carretera, redes...

Además del Código Penal, en 2008 el Gobierno de España aprobó el I Plan Integral de Lucha contra la Trata de Seres Humanos con fines de explotación sexual (2009-2011), en el que se define la trata de seres humanos para la explotación sexual y las múltiples formas de tráfico con fines de explotación sexual (prostitución, turismo sexual, compra de novias por correspondencia y matrimonios serviles). Posteriormente, en 2009, España ratifica el Convenio del Consejo de Europa sobre la lucha contra la Trata de Seres Humanos, o Convenio de Varsovia de 16 de mayo de 2005, y en 2011 adopta el Protocolo Marco de Protección de las Víctimas de Trata de Seres Humanos, mediante acuerdo por los Ministerios de Justicia, del Interior, de Empleo y Seguridad Social y de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la Fiscalía General del Estado y el Consejo del Poder Judicial. En 2015 se presentó el nuevo Plan Integral de Lucha contra la Trata de Seres Humanos con fines de explotación sexual (2015-2018).

La prostitución es una manifestación más de violencia de género, que se ejecuta principalmente sobre las mujeres y niñas con grave riesgo para su salud. La medicina preventiva y la atención primaria han demostrado ser las medidas más eficaces y eficientes en la protección y promoción de la salud. Los diagnósticos tardíos conducen a su agravamiento y, en el caso de enfermedades transmisibles o infecciosas, constituyen un riesgo también para la salud pública.

No obstante, es importante entender la salud no solo como asistencia sanitaria sino también en relación a la sexualidad de las personas, del desarrollo humano y de su dignidad tal y como la define la Organización Mundial de la Salud: “La salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexuado, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor. Presenta decisiva importancia, desde este punto de vista, el derecho a la información sexual y el derecho al placer”.

Por último, cabe señalar que la población de varones en situación de prostitución supone tan solo el 5% del total de personas dedicadas a la prostitución, excluyendo de este porcentaje a los transexuales, que rondan el 8% de la población total. Además, el porcentaje de clientela femenina es poco significativo, siendo mayoritaria la homosexual.

En cuanto al porcentaje de hombres migrantes en situación de prostitución, es bastante elevado en relación con los españoles, siendo mayoritariamente de procedencia latinoamericana - destacando Brasil -, búlgara, marroquí y argelina.

Otro factor que incrementa el riesgo a las ITG y otros daños en la salud está relacionado con la percepción cultural y social de la sexualidad en la masculinidad y la homosexualidad masculina, altamente estigmatizada pero desde la consideración de que solo es *gay aquel que es penetrado y no quien penetra. Como consecuencia, en muchas ocasiones se mantienen relaciones de penetración anal sin protección (preservativo), al no considerarse necesario puesto que no se identifican a sí mismos como gays ni como prostitutas, estimando que el VIH es una infección que solo afecta a estos colectivos.*

8. ESTRATEGIAS Y METODOLOGÍAS PARA EL ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD EN LAS ACCIONES Y PROGRAMAS COMUNITARIOS

Por todo lo visto hasta ahora, para determinar qué enfoques estratégicos y metodológicos son más adecuados para incorporar la sexualidad en las actuaciones y programas comunitarios dirigidos a personas inmigrantes, debemos tener en cuenta que:

- ✓ El objetivo de esta guía es servir de apoyo al personal -profesional o voluntario- no experto que desarrolla su actividad en el ámbito de la migración.
- ✓ La sexualidad humana es un aspecto fundamental en la vida del ser humano y está reconocida como un DERECHO universal, cuyo único límite personal es el respeto al derecho de las demás personas a elegir su propia sexualidad y con quién quiere compartirla.
- ✓ La población migrante en España es multicultural y tiene diferentes costumbres y creencias que influyen en el desarrollo y la expresión de sus sexualidades.
- ✓ La población migrante en España tiene restringido el acceso a los servicios de salud en función de su situación administrativa.
- ✓ El impacto de los roles de género determina las distintas situaciones a las que se enfrentan cotidianamente las mujeres y los hombres migrantes, en relación con:
 - Segregación ocupacional (división sexual del trabajo).
 - Responsabilidades domésticas y de cuidados.
 - Uso de los tiempos.
 - Uso y disfrute de espacios y tiempos privados.
 - Redes afectivas de apoyo.
 - Acceso a la información.
 - Expresión de su erotismo.
 - Salud sexual y reproductiva.
 - Disponibilidad de recursos propios/Pobreza.

- Conocimiento del idioma del país de acogida.
- Violencia.
- ✓ El abordaje de la sexualidad, debido al *mandato de género*, afecta específicamente en las mujeres a causa de:
 - Aislamiento/Soledad.
 - Sobreesfuerzo/Cansancio.
 - Sobrecarga en cuidados y responsabilidades.
 - Auto-desconocimiento de su erótica/Inapetencia sexual.
 - Problemas de salud/Riesgo de contraer infecciones genitales a través de sus parejas.
 - Coerción de la expresión de su erotismo debido a las costumbres y creencias.
 - Embarazos no planificados / Desconocimiento mal uso o dificultad de acceso a métodos anticonceptivos.
 - Violencia sexual y de género.

Atendiendo a todas estas cuestiones, precisamos de instrumentos que favorezcan el objetivo final de nuestra intervención en cada ámbito de competencia, que no es otro que generar **actos sustantivos** o, dicho de otro modo, “*propiciar cambios considerados deseables para que la vida de las personas mejore*”, en este caso contribuyendo a la mejora del desarrollo de la sexualidad de la población inmigrante por ser uno de los elementos que va a contribuir a su bienestar pues -recordemos-, según la OMS, es un aspecto fundamental en la vida del ser humano.

Así pues, lo primero que debemos tener en cuenta es que precisamos un marco estratégico que nos permita trabajar desvinculándonos de ideas y valores preconcebidos, teniendo como ejes transversales la interculturalidad, el género y los Derechos Humanos.

LA TRANSVERSALIDAD COMO ESTRATEGIA

La implementación de la interculturalidad, el género y los Derechos Humanos, como ejes transversales en nuestras acciones y programas comunitarios, supone tener en cuenta los valores, actitudes, costumbres y creencias que

sobre la sexualidad tienen los diferentes grupos que componen la población migrante que, además, está integrada por mujeres y hombres cuyas actitudes, conductas y valores están determinadas por los roles de género que según de quien se trate facilitan o dificultan la vida de hombres y mujeres.

ENFOQUE INTERCULTURAL

Adoptar una perspectiva basada en el respeto a la diversidad cultural significa reconocer valores, creencias y estilos de vida culturales, y conlleva que mujeres y hombres tengan plena libertad para escoger su propia identidad sexual, sin que ni unas ni otros sean excluidos de ningún ámbito de desarrollo humano y, en particular, de la salud. Y es que para abordar la diversidad cultural se deben aplicar enfoques multiculturales, en los que la libertad cultural y el desarrollo humano requieran individuos libres tanto para elegir como para mantener sus propias identidades sexuales o para cambiarlas si así lo desean.

ENFOQUE DE GÉNERO

También denominado perspectiva de género o *mainstreaming* de género, ha sido definido por el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas (ECOSOC) como: "... el proceso de evaluar las implicaciones que tiene para hombres y mujeres cualquier acción que se planifique, incluyendo las de tipo legislativo, las políticas o los programas en todas las áreas y a todos los niveles. Es una estrategia para hacer de las experiencias y necesidades o intereses de hombres y mujeres una dimensión integral en el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas y los programas en todas las esferas políticas, sociales y económicas a fin de que hombres y mujeres se beneficien por igual y desaparezca la desigualdad. El objetivo final es lograr la igualdad de géneros". Por su parte, el grupo de expertas y expertos del Consejo de Europa se refieren a él como "... la (re)organización, mejora, desarrollo y evaluación de los procesos políticos y sociales para incorporar, por parte de los actores involucrados normalmente en dichos procesos, una perspectiva de igualdad de género en todos los niveles y fases de todas las políticas".

ENFOQUE BASADO EN DERECHOS HUMANOS



Taller de salud sexual para mujeres latinoamericanas impartido por UNAF

Este enfoque parte de una propuesta de Naciones Unidas para incorporarlo en la Cooperación Internacional al Desarrollo. Sin embargo, dado que hemos optado por los Derechos Humanos como marco de referencia normativa, consideramos necesaria su aplicación, por cuanto supone la forma de promover su realización – DDHH - en nuestro ámbito de competencia -migración- y mejorar así las capacidades del personal - profesional o voluntario - no experto en sexualidad, para que realicen su labor analizando las desigualdades que se encuentran en el centro de los problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva y la sexualidad humana, para corregir las prácticas discriminatorias y superar los obstáculos que dificultan la expresión del erotismo y el acceso al bienestar personal y colectivo.

CÓMO APLICAR LA TRANSVERSALIDAD

La aplicación de estos enfoques -simplificando mucho- supone que en el diseño, elaboración e implementación de cada acción o programa, cuyo objetivo esté relacionado con la salud sexual y reproductiva y la sexualidad debemos tener en cuenta:

Respecto a las personas o colectivos usuarios de nuestros servicios:

- ✓ Las características idiosincrásicas (costumbres, valores, creencias, etc.) y culturales relacionadas con la sexualidad humana del grupo migrante

a quien nos dirijamos y cómo, en conjunto y separadamente, afectan a la libre expresión de las sexualidades de las personas que lo integran, a su salud en general, y en particular a la salud sexual y reproductiva de cada grupo.

- ✓ Cómo tales características determinan las actitudes y las conductas de mujeres y hombres hacia la sexualidad en cada uno de los espacios en los que se desarrolla la vida de las personas, y cómo éstas afectan a su salud en general, y en particular a su salud sexual y reproductiva.
- ✓ Si la idiosincrasia del colectivo y las actitudes derivadas de los individuos que pertenecen al mismo suponen una discriminación en materia de Derechos Humanos.

Respecto a las propuestas realizadas desde el desempeño de nuestra competencia:

- ✓ Si las acciones o los programas están planteados desde el respeto a la idiosincrasia del grupo o persona a quien va dirigido.
- ✓ Si las acciones o programas no contienen elementos discriminatorios por razón de sexo/género o si fomentan y perpetúan los roles de género.
- ✓ Si las acciones o programas se ajustan a las necesidades de las personas o de la comunidad.
- ✓ Si las acciones o programas propuestos vulneran de algún modo los Derechos Humanos o, por el contrario, los respetan.

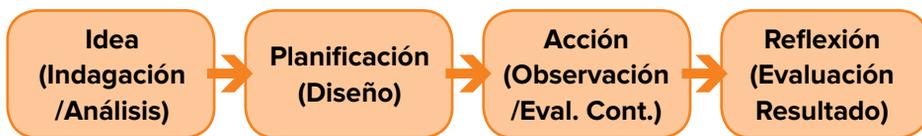
METODOLOGÍAS ACTIVAS PARTICIPATIVAS Y COLABORATIVAS

El trabajo con colectivos y con las personas que los conforman, sobre todo en un tema como la sexualidad humana que presenta tantas aristas en su abordaje, así como la implementación de cuestiones transversales, exige desarrollar programas y/o proyectos -de los que se derivarán acciones concretas-, aplicando metodologías participativas todas las partes implicadas (profesionales, voluntariado; personas usuarias; personal experto en sexología, medicina, educación, psicología, etc.) participen, personal o colectivamente, total o parcialmente, directa o indirectamente, en el proyecto de forma activa. Para ello, hemos seleccionado dos metodologías que se pueden utilizar, indistinta o conjuntamente, entre profesionales y voluntariado -expertos y/o no exper-

tos en sexualidad-; entre personas del colectivo migrante – pertenecientes al mismo o distinto grupo poblacional; entre profesionales y personas usuarias conjuntamente. Nos referimos a la investigación-acción y a los grupos dialógicos.

LA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN

Es una metodología participativa, “una forma de indagación introspectiva colectiva emprendida por participantes en situaciones sociales con objeto de mejorar la racionalidad y la justicia de sus prácticas, así como su comprensión de esas prácticas y de las situaciones en que éstas tienen lugar”. La investigación-acción tiene cuatro momentos:



- ✓ **Idea:** hace referencia al lugar del que partimos para desarrollar un programa o una acción. En nuestro caso sería implementar la sexualidad y/o la salud sexual y reproductiva como tema en programas sociales no específicos. A la idea debemos llegar a partir de la recogida de necesidades o de detección de las mismas o porque se nos induzca a ello. La idea requiere una indagación previa de fuentes primarias (personas y profesionales) o secundarias (documentos).
- ✓ **Planificación:** es la acción organizada y, necesariamente, debe anteceder a la acción. La acción descrita en el plan o proyecto debe estar informada en dos sentidos: por una parte, debe tener en cuenta los riesgos que conlleva y reconocer las limitaciones de todo tipo (en el caso que nos ocupa, por ejemplo la imposibilidad de acceso a la salud pública de la población migrante más vulnerable, o el choque cultural en relación a planteamientos relativos a la expresión de las sexualidades, por citar otra posibilidad); por otra parte, la acción elegida debe permitir a las y los profesionales actuar más eficazmente sobre un abanico más amplio de posibilidades y circunstancias.

- ✓ **Acción:** es el acto de la implementación, de la práctica. Pero en el contexto de investigación-acción se tiene en cuenta el tiempo real y las limitaciones (materiales, conceptuales, etc.) a las que se enfrenta. Por ello, debe ser fluida, dinámica y estar abierta a cambios, ya que cuando trabajamos con personas la interacción puede derivar en un desarrollo diferente de la acción planificada. Ello requiere observar sus impactos y evaluar sus efectos de manera continua.
- ✓ **Reflexión:** evalúa y rememora la acción tal y como haya quedado registrada a través de la observación o de la evaluación continua. La reflexión hace referencia al análisis de los resultados con la pretensión de hallar el sentido de los procesos, los problemas y los obstáculos que han ido emergiendo durante la acción. Se ve ayudada por el diálogo entre participantes. La reflexión, en su carácter de evaluación finalista, permite a las y los expertos juzgar si los efectos encontrados son los deseados, aportando información para rediseñar, a partir del análisis de los resultados, una nueva acción mejorada.

Contrariamente a lo que pueda parecer, la investigación-acción no es un proceso circular sino espiral pues la planificación, la acción, la observación y la reflexión van produciendo cambios rigurosos y sustantivos, a partir de la participación colaborativa de los sujetos que actúan y a través de una información “informada”, es decir contrastada, contribuyendo a que se produzcan mejoras respecto de la situación de partida.

LOS GRUPOS DIALÓGICOS

Se trata de una metodología de trabajo cooperativa y participativa, en la que no sólo se incrementan y diversifican las interacciones entre las y los profesionales, sino que favorece el intercambio de experiencias y conocimientos entre iguales. Los grupos dialógicos se basan en la idea de un trabajo grupal que integra los valores de solidaridad y de interrelación. El objetivo común es el de compartir vivencias y/o conocimientos, a través de las experiencias individuales puestas en común, logrando una mayor empatía y comunicación con/entre las personas participantes, además de encontrar elementos de convergencia que permitan desarrollar criterios comunes y transferirlos a cada ámbito de competencia y/o referencia. Los grupos dialógicos permiten, además,

crear redes fuertes que contribuyan a mejorar las condiciones de vida de las personas participantes y de los colectivos a los que pertenezcan, partiendo de la reciprocidad, el respeto, la escucha y la confianza. Cada participante pone en el trabajo de equipo sus conocimientos y su diversidad, que comparte con las demás personas en beneficio de una meta común. Los progresos del grupo repercuten en los progresos de cada persona que lo compone. De la misma manera, las aportaciones efectuadas por cada persona, permitirán al grupo lograr los objetivos que se haya fijado.

Resaltamos el carácter participativo de este modelo de interacción donde los grupos se convierten en verdaderos laboratorios de **producción teórica y experiencial**. Ahora bien, hay que tener en cuenta que cuando utilizamos una metodología participativa se asumen riesgos pues en el trabajo colectivo surgen variables que no controlamos. El proceso de aprendizaje se realiza a partir de la construcción intelectual y vivencial de cada una de las personas que integran el grupo. No se trabaja sobre contenidos cerrados, sino que se basa en el proceso socrático del diálogo y el razonamiento, conocido como “Mayéutica” (consiste en que cada persona participante, cuando pregunta en lugar de obtener una respuesta cerrada es respondida por la persona experta que dirige el grupo con otra pregunta hasta que la propia persona alcanza la respuesta por sí misma). Se trabaja desde la razón y el conocimiento, pero también desde la vivencia de cada experiencia subjetiva del proceso vital desde la condición, en este caso, de hombres y mujeres migrantes y profesionales.

Los principios metodológicos del aprendizaje dialógico son:

Diálogo igualitario. Se basa en la contribución realizada por las personas participantes, donde la importancia reside en los argumentos y no en el estatus de la persona que la realiza. Se supera así la exclusión de los grupos de quienes no manejan un lenguaje experto ni quienes no participan de los valores adscritos a la cultura dominante en el grupo.

Inteligencia cultural. Todas las personas tienen una inteligencia cultural adquirida a lo largo de su experiencia de vida y que expresan a través de las interacciones. Este principio reconoce toda la forma de inteligencia, incluyendo la práctica, la teórica y las interacciones comunicativas verbales y no verbales. De este modo los objetivos y los conocimientos se crean a través de las distintas experiencias, formas de conocimiento y puntos de vista.

Transformación. Las personas como agentes humanos pueden interactuar con el medio para transformarlo. La concepción transformadora de la práctica social reconoce que tanto los hombres como las mujeres son sujetos de cambio y no objetos a cambiar.

Dimensión instrumental. El diálogo incluye el aprendizaje de los contenidos que son útiles para la práctica social y humana como la comunicación, el liderazgo, las redes o la planificación.

Creación de sentido. Dando cuenta de la utilidad de los contenidos y las herramientas prácticas para desarrollar y dar cumplimiento al objetivo perseguido.

Solidaridad. Es el eje que guía los grupos dialógicos donde todas las personas participantes aprenden de todas, empoderándose al dotarse y serle reconocida una autoridad que les permitirá confrontar los obstáculos y las barreras culturales y sociales.

Igualdad de las diferencias. Hace referencia al reconocimiento del derecho a la diversidad en todos los aspectos de la vida: sexualidad, trabajo, familia, ocio, asociacionismo, actividad pública, trabajo, cuidados, etc.

Confianza, escucha y respeto. Para su desarrollo, es necesario que se genere un ambiente de confianza en el que cada persona participante se sienta escuchada y respetada, formulándose ideas y vivencias en libertad. Una vez que termina la sesión, todo lo que allí se haya expresado forma parte del grupo. Por decirlo de alguna forma, existe un pacto de confianza implícito entre los y las participantes en cada grupo por el cual se expresan “sin riesgo”.

El lenguaje es una herramienta que permite ahondar en el pensamiento y objetivar las situaciones vividas individual y colectivamente como hombres y mujeres migrantes en el ámbito y dimensión pública, privada y doméstica. Por ello, es necesario que los grupos dialógicos estén integrados por personas que tengan un buen manejo del idioma español.

Caracterización y funcionamiento de los grupos

- ✓ **Los grupos estarán formados por personas con recorridos muy diferentes.** No se trata de estar de acuerdo en todo, ni se debe pretender

convencer a nadie de que cambie su punto de vista. Cada participante es libre de construir su pensamiento y de emitir sus juicios de valor como lo estime oportuno y este aire de “no uniformidad” debe quedar reflejado en las conclusiones.

- ✓ **Nuestro papel experto es transmitir información-informada** a través de increpar, desde la empatía y el respeto, sobre aquello que se formule o responder responsablemente a lo que se nos demande.
- ✓ **Cada participante parte de experiencias diferentes**, tiene ritmos e intereses diversos y, si bien el grupo es un gran apoyo para desarrollar la cooperación, no puede imponerse un proceso de diálogo homogéneo.
- ✓ **Grupos poco numerosos**. En cada grupo no deben participar más de 10 personas.
- ✓ **Hay tantos estilos de interlocución como personas** forman parte del grupo de diálogo.
- ✓ **Las personas participantes deben estar informadas** en todo momento del proceso: cuáles son los objetivos, en qué estamos trabajando, cómo lo haremos. Cada participante se involucrará más si se sienten correctamente informadas e informados.
- ✓ **Desarrollar acciones de atención individualizada** en la que favorezcamos un auto-concepto positivo y diferenciado. Si partimos del hecho de que cada persona participante es única, su personalidad debe resaltar y no perderse en el colectivo. Observaremos a menudo que hay personas que tienen menos miedo a hablar en público y que automáticamente acaparán la palabra. En estos casos, como responsables de la dinámica del grupo, deberemos ser muy prudentes y ecuanímenes en los turnos de intervención y los tiempos concedidos de modo que cada participante tenga la oportunidad de expresarse a su ritmo, ocupando su propio espacio en el seno del grupo.
- ✓ **Subrayar los logros alcanzados**. Es muy importante valorar el conocimiento individual de cada participante, sus aportaciones y su experiencia y también es fundamental destacar el trabajo desarrollado en el propio grupo. Cada persona participante debe ser escuchada y valorada porque todas las opiniones cuentan. De esta forma se fomenta que cada participante se exprese con profundidad y participe activamente. En todos los grupos hay personas que tienen más facilidad que otras para comunicarse verbalmente; depende de nuestro grado de autoes-

tima, de la experiencia que tengamos o de lo que queramos transmitir pero también del grado de confianza que cada persona necesita para atreverse a comunicar. El proceso grupal atiende a las necesidades de todas las personas, por esta razón tendremos que prestar especial atención a quienes necesiten un mayor clima de confianza para compartir con el grupo o respetar su deseo de no hacerlo.

- ✓ **Los silencios pueden ser positivos.** Hay silencios que dicen mucho más que las palabras si se saben interpretar. Hay silencios de respeto, de complicidad, de reflexión intensa, de emociones compartidas... En este punto, es fundamental hacer referencia al lenguaje no verbal: fijémonos en el comportamiento, el componente gestual, aprendamos a mirar y a interpretar las actitudes, las expresiones de la cara, las posibles muestras de preocupación, de angustia o -¿por qué no?- de aburrimiento que puedan reflejar las caras y las actitudes corporales de quienes se han embarcado en el proceso del trabajo grupal.
- ✓ **Respetar los códigos culturales de las personas participantes.** Se suele hablar de culturas del respeto -consideradas como distantes-, y de otras de la solidaridad -consideradas invasivas-. Si tenemos cierta experiencia de trabajo con grupos diversos, habremos observado que, por ejemplo, algunas culturas se tocan más, se arriman más al sentarse, acortan la distancia física al saludarse. Otras, al contrario, mantienen una distancia prudencial, con tal de no invadir el territorio de la otra persona, como si cada individuo hablara desde su propia burbuja de aire. Sirva de ejemplo la costumbre que tenemos en España de besarnos para saludarnos y que no es compartida por la mayoría de las personas del resto de Europa que prefieren estrecharse la mano o la costumbre oriental de evitar tocarse saludándose mediante una leve inclinación respetuosa del cuerpo ante la otra persona. Todos estos datos nos serán de gran utilidad para que cada quien se sienta a gusto en el espacio negociado.
- ✓ **Integrar los conocimientos de cada participante del grupo.** En todos los ámbitos comunitarios, es fundamental partir de las vivencias individuales, pero en la interacción entre colectivos migrantes más aún. Si el grupo es heterogéneo la experiencia será aún más enriquecedora. Debemos, pues, valorar nuestra experiencia y la experiencia de las demás personas, así como reconocernos en la complicidad y aprender aquellos aspectos que nos identifican como colectivo humano -hombres y

mujeres migrantes- a partir de la puesta en común de lo que nos ha ocurrido en el espacio público, privado y doméstico.

- ✓ **Respeto a la diversidad**, a la vez que nos identificamos con una causa común como hombres y mujeres migrantes, podremos construir un pensamiento crítico en relación con la sexualidad humana y los conceptos adquiridos a través de la cultura, las costumbres, las creencias y los estereotipos de género, que nos permitirá ejercer nuestro derecho a expresar nuestro erotismo, a reconocer en nuestro cuerpo la capacidad de sentir y dar placer, a respetar las sexualidades y la posibilidad de planificar nuestros embarazos y la anticoncepción... en definitiva, a desarrollar una vida sexual saludable y satisfactoria que nos aporte bienestar tanto a nosotras y nosotros mismos, como a nuestras parejas, nuestras familias y nuestras relaciones.

La participación: desde nuestra experiencia queremos dejar constancia de que son las mujeres quienes más participan en las dinámicas grupales, luego habrá que articular estrategias específicas para crear grupos de trabajo (dialógicos o de investigación-acción) de hombres. Así mismo, constatamos que para que los grupos de trabajo funcionen es conveniente que hombres y mujeres trabajen en grupos separados para que puedan comunicarse con mayor libertad. Del mismo modo y por la misma razón, es conveniente que las y los profesionales y el voluntariado participante sean del mismo sexo que el de las personas migrantes que conformen cada grupo.

9. ALGUNAS CONSIDERACIONES FINALES

Conocer más en profundidad cómo viven la sexualidad en las distintas culturas que conviven en España es una asignatura pendiente. Los estudios y las investigaciones, cuantitativas y cualitativas, son todavía escasas y es poco significativo el número de publicaciones de referencia. En este país guardamos aún memoria del sufrimiento que supuso para la vida de hombres y mujeres de varias generaciones que la sexualidad fuera tratada como un tabú, que estuviera limitada y constreñida por las costumbres más rancias, las tradiciones más conservadoras y las creencias más fundamentalistas. También guardamos memoria de lo que supuso para el país el fenómeno migratorio que, lamentablemente, se ha actualizado como consecuencia de la crisis. Por todo ello, consideramos que es imprescindible impulsar la investigación, realizar programas y acciones, publicar y difundir experiencias y conocimientos que profundicen en la atención hacia la sexualidad en personas migrantes. Así mismo, es necesario interactuar con profesionales de diferentes ámbitos y disciplinas (profesionales de la educación, la medicina, la psicología, la antropología, la sociología, el trabajo social, la sexología, etc.) y con diferentes organizaciones, públicas y privadas, para intercambiar experiencias que nos permitan reflexionar conjuntamente y articular medidas integrales de abordaje sobre cómo se afronta la sexualidad en la población migrante y cuáles son sus impactos respecto a su salud, su calidad de vida y su bienestar. Así mismo, sería interesante analizar los factores que promueven el escaso uso de los, ahora también escasos, servicios de salud, de atención en sexualidad y de servicios de atención, orientación y asesoramiento, en general, en lo que respecta a determinadas poblaciones (por ejemplo la china) o a los hombres.

No debemos olvidar que trabajar la sexualidad exige comprender que la sexualidad abarca mucho más que lo genital y lo reproductivo. La sexualidad está imbricada con las relaciones personales, de pareja y amorosas, con la búsqueda y el disfrute del contacto físico, con amar simplemente, y con amar y gozar, con la autoestima, con la imagen corporal, con los roles de género, con la propia identidad como hombre o como mujer, con las habilidades sociales, con la erótica del cuerpo...en definitiva: con la vida.

Debemos prestar, pues, atención a la sexualidad, cualquiera que sea nuestro ámbito de referencia y desempeño, por cuanto supone contribuir a que las

personas se conozcan, se acepten y vivan bien, en sus relaciones sexuales y en sus relaciones afectivas, como mujeres y como hombres únicos e irrepetibles. Debemos poner en marcha recursos (formativos, informativos, divulgativos, etc.) para que cada persona aprenda a conocer sus genita-



les y su cuerpo, y su manera de sentir, gozar y amar, a aceptarse y gustarse lo más posible, con independencia de si la expresión de su erotismo es aceptada, o no, por las convenciones sociales ¡ese debe ser nuestro empeño! Empeño que desarrollamos cuando, como profesionales prestamos escucha a las mujeres y hombres migrantes, cuando nos preocupamos de cómo se sienten y qué necesitan, cuando les atendemos en sus trámites, les ayudamos en su comprensión del funcionamiento de la burocracia en España (acceso al sistema sanitario, a recursos asistenciales, formativos, de mediación...), cuando les transmitimos que la sexualidad es algo que tiene que ver con la calidad de vida y que pueden recibir atención al respecto (no solo en cuanto a lo sanitario y reproductivo), cuando les derivamos hacia profesionales que pueden dar atención a sus problemas específicos, cuando creamos espacios o actividades de ocio que fomentan el intercambio y las relaciones interpersonales, cuando difundimos información sobre sexualidad a través de carteles, octavillas o folletos que colocamos en los lugares más visibles de nuestro centro de trabajo o de la ONG con la que colaboramos, cuando organizamos jornadas, seminarios, cursos, talleres, charlas, cuando facilitamos la creación de redes afectivas proponiendo actividades grupales (concursos de cocina, exposiciones de fotografía, de artesanía realizada por las personas migrantes, grupos de teatro, etc.) vertebradas en torno a la sexualidad...

El enfoque que demos a la sexualidad ha de ser positivo, no se debe plantear como problema y debe tender a romper los estereotipos y los modelos de

belleza mediáticos que nos constriñen y limitan, sobre todo a las mujeres. Y esto debemos trasladarlo fomentando la educación sexual porque todos los hombres y mujeres la necesitan, con independencia de cuál sea su actividad sexual o de si muestran mucho o poco interés por el tema. Los objetivos de educar y atender la sexualidad nos tienen que permitir trabajar con todas las sexualidades de todas las personas, facilitando la expresión de cada erótica de manera satisfactoria y evitando caer en las mismas trampas que pretendemos soslayar: considerar la sexualidad como algo negativo y reducir la sexualidad al coito o la reproducción. Porque la sexualidad está en todo el cuerpo, así que habrá que conocer todo el cuerpo, hablar de la piel, de la sensibilidad, del bienestar. Conocerse es conocer también las diferencias. Es aprender que somos únicos e irrepetibles. Como hombres y como mujeres. Educando y atendiendo la sexualidad debemos procurar que hombres y mujeres aprendan a aceptarse, que aprendan a reconocerse como personas dignas de ser queridas; a estar satisfechas de ser como son, a sentir que merecen la pena, a reafirmarse como verdaderos hombres y verdaderas mujeres cualquiera que sea su opción y sus maneras de expresar su sexualidad. Debemos contribuir a que cada persona encuentre su respuesta, a que tome sus propias decisiones, porque nadie mejor que una o uno mismo sabe lo que le conviene, lo que desea, lo que le satisface, teniendo siempre como límite el respeto al otro o a la otra, a sus deseos, a sus decisiones. En definitiva: tenemos que potenciar procesos de empoderamiento.

ALGUNOS APUNTES PARA AFRONTAR LA SEXUALIDAD EN NUESTRO DESEMPEÑO

Lo primero que debemos tener presente es que la migración es una situación compleja y a veces emocionalmente costosa por las separaciones, soledades y complicaciones vitales que conlleva, por ello es importante:

- ✓ **Mantener una *actitud de escucha*:** atendiendo a lo que se nos dice y, en la medida de lo posible, **empatizar** con la persona que tenemos delante.
- ✓ **Derivar:** las y los profesionales que trabajamos con población migrante no podemos ser especialistas en todo y no podemos cubrir todas las necesidades posibles, ni podemos orientar en todos los campos exis-

tentes. Por ello es importante contar con recursos de derivación y tener siempre presente que en muchos casos nuestra función (nada desdeñable) consistirá en derivar al recurso adecuado. Una función de gran importancia.

- ✓ **Reconocer nuestros límites** y ajustar las propuestas programáticas a los tiempos, recursos y espacios de los que dispongamos, buscando alianzas con otras organizaciones que puedan desarrollar tareas específicas (asociaciones que trabajen con personas en situación de prostitución, que repartan preservativos, que realicen actividades grupales, etc.) que complementen nuestro trabajo y nos ayuden a cubrir nuestros objetivos.
- ✓ **Enfatizar sobre lo importante**, respondiendo a preguntas sobre salud, relaciones personales, e incluso otros temas de su vida (económicos, laborales...), cuando sea pertinente. Sacar a colación, aunque no pregunten, los distintos servicios que existen en la comunidad a los que pueden acceder (vida laboral, trámites burocráticos, salud, y concretamente salud sexual y reproductiva).
- ✓ **Reconocer públicamente que no sabemos todo:** decir “no lo sé” no es sinónimo de incompetencia sino, por el contrario, de responsabilidad. Pero un “no lo sé” lleva incorporada la búsqueda de la respuesta, que puede ser aplazada, o de la indicación del lugar o la persona que pueda darla.
- ✓ **Informar sobre los derechos sexuales y reproductivos**, de la misma manera que se informa sobre otros derechos ciudadanos.
- ✓ **Visibilizar la sexualidad como materia de trabajo:** promoviendo el diálogo sobre sexualidad, sin forzarlo, especialmente si trabajas con mujeres migrantes, dotar de un espacio y un tiempo que les permita establecer relaciones amistosas, comunicarse y hablar, es dar un paso importante hacia su bienestar general y hacia la mejora de su salud sexual y reproductiva.
- ✓ **Potenciar la creación de redes:** los talleres que organizan algunas ONG resultan muy “gratificantes” para una gran mayoría de mujeres mi-

grantes además de por sus contenidos o las habilidades que desarrollan, por las posibilidades de relacionarse y establecer vínculos.

- ✓ **Abordar la sexualidad como un tema más**, en el contexto de conversaciones y/o situaciones de asesoramiento sobre salud, higiene, igualdad de género, derechos humanos, derechos y deberes de la ciudadanía, habilidades sociales, recursos que ofrece su comunidad...
- ✓ **Respetar la diversidad sexual**, reconociendo que los gustos y las ideas son variadas. Cada persona tiene el derecho de mantener sus propias creencias con respecto a la sexualidad, así como a mantener las prácticas que considere oportunas. El único límite a la libertad personal en materia de sexualidad es el derecho de la otra persona.
- ✓ **Respetar la diversidad cultural**, pues toda cultura tiene el derecho de construir su propia visión de la sexualidad, siempre dentro del marco de respeto a los derechos humanos. Este respeto no es incompatible con el análisis y la reflexión sobre las posibilidades que abren (o cierran) las distintas ideas sobre sexualidad, en cada cultura, incluida por supuesto la nuestra. Las ideas nacen, crecen, evolucionan o se modifican... Con las ideas, pueden avanzar (o retroceder) las culturas del mundo.
- ✓ **Aprovechar cualquier contexto y oportunidad**, para introducir el tema de la sexualidad (en charlas sobre salud, autoestima, habilidades sociales y familiares, de ciudadanía...). Cualquier contexto en el que exista una relación de cierta confianza y un ambiente relativamente distendido puede dar lugar a tratar temas de salud sexual. Por ejemplo, las clases de español son una buena forma de abordar el nombre de las distintas partes del cuerpo e iniciar un diálogo sobre el cuerpo, las relaciones entre hombres y mujeres, la fecundidad, la maternidad/paternidad...dejando el campo abierto a posibles preguntas (cuya respuesta en ocasiones se tendrá que derivar al especialista correspondiente) o a facilitar información sobre recursos en materia de salud sexual. Si oyen hablar de temas relacionados con la sexualidad, aprenderán de todo o que se les cuente, pero sobre todo aprenderán que “pueden contar con nosotros o nosotras” también en este tema. Es mucho más fácil hablar de sexualidad con quien ha oído hablar del tema.

- ✓ **Es preciso recordar** que no es posible una sexualidad satisfactoria y feliz si ciertos aspectos básicos de la vida de la persona no están resueltos. La atención, apoyo y -en caso necesario- la derivación, para solventar cuestiones referentes a situación legal, social, laboral, de relaciones humanas... es especialmente importante cuando trabajamos con el colectivo inmigrante.

EL ACCESO A LOS RECURSOS ACTIVA EL PROCESO DE EMPODERAMIENTO

Cada día aparecen nuevos impedimentos laborales, personales o burocráticos que dificultan el acceso de la población migrante a los recursos de atención en sexualidad. Acceso que se complica por la propia estructuración del servicio (masificación, listas de espera...). A estas dificultades hay que sumar el desconocimiento de la existencia del recurso por parte de la población potencialmente beneficiaria, o, aun conociendo su existencia, considerar que el recurso no está a su alcance. Otro obstáculo es que buena parte de la población migrante, sobre todo las mujeres no se sienten sujetos de derecho.

Así las cosas, tenemos que ser conscientes de que al facilitar el acceso a los recursos dándole un enfoque adecuado, no un simple listado de direcciones, estaremos potenciando el empoderamiento ciudadano de la población migrante. Por ello, es importante que profesionales y voluntariado dispongamos de nuestra propia agenda de recursos. Una agenda informada en la que conste quién hace qué, cómo lo hace, para qué lo hace, por qué lo hace, hacia quién se dirige, etc., porque no todos los recursos existentes son acordes con los fines que perseguimos que se sostienen sobre el respeto a los derechos humanos, la igualdad efectiva de mujeres y hombres, el reconocimiento de la diversidad y la libertad de las personas. Así mismo, es importante recabar información sobre las normas de acceso (horarios, cita previa, etc.) y uso de cada servicio (respetar y cuidar las instalaciones, respetar turno, puntualidad, respeto al personal de atención, etc.) y trasladar esta información a la población migrante, además de las normas, usos y códigos de cortesía y urbanidad que priman en nuestra cultura y que le facilitarán el acceso a los recursos (por favor, gracias, saludar al llegar y marchar, etc.). Disponer de esta información *informada*, aportará un plus de calidad a nuestro trabajo.

10. ALGUNOS RECURSOS SOBRE SEXUALIDAD

Unión de Asociaciones Familiares (UNAF)

C/ Alberto Aguilera, 3 – 1 Izq
28015 Madrid
Tfnos.: 914 463 162 / 914 463 150
Email: unaf@unaf.org
Web: www.unaf.org

ATENCIÓN A PERSONAS MIGRANTES:

Asociación de Ayuda a La Mujer Plaza Mayor

Tfno.: 923 211 900
Email: asocplazamayor@hotmail.com

Asociación de Mujeres para un Envejecimiento Saludable - AMES

Tfnos. 696 775 730 699 336 901
Email: ames.asociacion@gmail.com

Asociación Salud y Familia

Tfno.: 932 682 453 / 932 683 600
Email: saludyfamilia@saludyfamilia.es

Confederación Estatal de Personas Sordas (CNSE)

Tfno.: 913 565 832
Email: cnse@cnse.

Federación de Mujeres Progresistas (FMP)

Tfno.: 900 502 091
Email: fmp@fmujeresprogresistas.org

Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas (FAMSD)

Tfno.: 914 418 560/55
Email: info@separadasydivorciadas.org

Fundación de Familias Monoparentales Isadora Duncan

Tfno.: 987 261 449

Email: info@isadoraduncan.es

ATENCIÓN SANITARIA

Tarjeta Sanitaria

Email: informacionsanitaria@msssi.es

Tfno: 915 961 531

Seguridad Social

Tfno: 901 16 65 65

Salud Madrid

Tfno: 012

Yo Sí Sanidad Universal

Información actualizada sobre atención sanitaria universal. <http://yosisanidaduniversal.net/portada.php>

SEXUALIDAD Y EMBARAZO

Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad

C/ San Vicente Ferrer, 86 28015 Madrid

Tfnos: 915 310 300 / 66 55

Clínica El Bosque

Salud Sexual, Ginecología e IVE (Interrupción voluntaria del embarazo) concertado con la CM

C/ Alfonso Saavedra, 29 28033 Madrid

Tfno: 917 663 396

INFORMACIÓN LGTBI

Asociación de Familias LGTB- FLG

Tfno: 645 318 860

Email: familieslg@familieslg.org

INFORMACIÓN VIH-SIDA Y OTRAS ITS

Servicio de atención a personas inmigrantes. Hospital Ramón y Cajal.

Unidad de Medicina Tropical. Enfermedades infecciosas

Tfnos.: 662 027 765 / 913 368 000 ext. 7952

Email: ignacio.pena@saludentreculturas.es

Web: www.saludentreculturas.es

Servicio Multicanal de Información y Prevención del VIH

Tfno.: 900 111 000 Horario de atención: De lunes a viernes de 10:00h a 20:00h (excepto festivos) y sábados y domingos de 9:30h a 14:30h.

Email: informacionvih@cruzroja.es

Chat: www.cruzroja.es/chat

Web: www.cruzroja.es/vih

Centro Sanitario Sandoval

Análisis e Información ITS

C/ Sandoval, 7 28010 Madrid

INFORMACIÓN VIOLENCIA DE GÉNERO

Atención Inmediata

Tfno.: 016

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

ATENPRO: Servicio de Atención y Protección a las víctimas de la VG

Tfno.: 900 222 292

Información a Entidades Locales: atenpro@femp.es

Información Ministerio: atenpro-sessi@msssi.es

Web: www.violenciagenero.msssi.gob.es/informacionUtil/recursos/home.htm

INFORMACIÓN SOBRE TRATA

Policía Nacional - Asistencia a víctimas de trata de seres humanos con fines de explotación sexual y laboral

Tfno: 900 105 090 (24 horas)

Email: trata@policia.es

Asociación para la Prevención, Reinserción y Atención de la Mujer Prostituida (APRAMP)

Tfno: 91 5303287 (de 10 a 20 h de lunes a viernes)

Tfno emergencias: 609 589 479 (24 horas)

11. BIBLIOGRAFÍA

- APRAMP:** *La trata con fines de explotación sexual*. 2011
- Calvo, Adelina, García, Marta y Susinos, Teresa:** *Mujeres en la periferia*. Icaria. Barcelona, 2006
- Calvo, Josefina y Goicoechea, M^a Ángeles:** *Miradas multidisciplinares para un mundo en igualdad*. Universidad de la Rioja. Logroño, 201
- Cobo, Rosa (ed.):** *Interculturalidad, feminismo y educación*. Catarata. Madrid, 2006
- Coll-Planas, Gerard:** *Dibujando el género*. Egales 2013
- Defensor del Pueblo:** *La trata de seres humanos en España: Víctimas invisibles*. Madrid, 2012
- García Mañas, Ana:** *Cómo trabajar en Sexología con Adolescentes*. Síntesis 2015
- Gil Gómez, Alicia:** “Campo metodológico: propuestas metodológicas, dinámicas, técnicas e instrumentos cualitativos aplicables en un sistema de cambios”, Vol. I, cuaderno 3. En *¿Qué queremos decir cuando hablamos de...?*. Universitat Jaume I. Castellón, 2001.
- Gilligan, Carol:** *El nacimiento del placer*. Paidós. Barcelona, 2002
- Grupo de especialistas en mainstreaming (EG-S-MS):** *Mainstreaming de Género. Marco conceptual, metodología y presentación de buenas prácticas*. Instituto de la Mujer. Madrid, 1999
- Kemmis, Stephen y McTaggart, Robin:** *Cómo planificar la investigación-acción*. Laertes. Barcelona, 1992.
- Marina, Jose Antonio:** *El Rompecabezas de la Sexualidad*. Anagrama 2005
- Lameiras, María; Carrera, M^a Victoria y Rodríguez, Yolanda:** *Sexualidad y Salud*. Universidad de Vigo. Vigo, 2013
- Mañas, Carmen (coord.):** *Violencia estructural y directa: mujeres y visibilidad*. CEMU, Universidad de Alicante. Alicante, 2005
- Méndez, Elvira:** *La zona gris de la violencia de pareja contra las mujeres inmigrantes*. Barcelona, 2010
- Muruaga, Soledad y Pascual, Pilar:** *La psicoterapia de equidad feminista. La salud mental de las mujeres*. AMS. Madrid, 2013

- Puigvert, Lidia y Redondo, Gisela:** *Feminismo dialógico: Igualdad de las diferencias, libertad y solidaridad para todas* en Giró, Joaquín. El género quebrantado. Ed Catarata. Madrid, 2005.
- Red Española contra la trata:** *Guía básica para la identificación, derivación y protección de las personas víctimas de trata con fines de explotación.* APRAMP. Madrid, 2009.
- Sanz, Fina:** *Psicoerotismo Masculino y Femenino. Para una relaciones placenteras, sanas autónomas y justas.* Kairos. 1990
- Soriano, Encarnación (coord.):** *La mujer en la perspectiva intercultural.* La Muralla. Madrid, 2006
- Stenhouse, Lawrence:** *La investigación como base de la enseñanza.* Morata. Madrid, 1993
- Vals-Llovet, Carme:** *Mujeres, Salud y Poder.* Cátedra. Madrid, 2009
- VV AA:** *Su sexualidad también es importante. Claves para aproximarse a la sexualidad de las personas inmigrantes.* UNAF. Madrid, 2012
- VV AA:** *Jornadas UNAF Sexualidad e Inmigración 2007-2009, Conclusiones.* UNAF. Madrid, 2009
- VV AA:** *La prostitución: claves básicas para reflexionar sobre un problema.* APRAMP/ Fundación Mujeres. Madrid, 2005.

Documentación complementaria:

- Cuaderno del taller de salud sexual de UNAF
- Registro de los grupos dialógicos realizados con la Asociación de Mujeres Interculturales de Castellón, AMUINCA
- Notas del Grupo Investigación, Análisis y Trabajo sobre prostitución de la FIO-UJI, dirigido por Alicia Gil Gómez, en 2004
- *Carta de los Derechos Sexuales y Reproductivos* adoptada por la Federación Internacional de Planificación de la Familia.
- *Nacidos libres e iguales. Orientación sexual e identidad de género en las normas internacionales de Derechos Humanos.* Nueva York y Ginebra: Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas en 2012



C/. Alberto Aguilera, 3 -1º izda
28015 Madrid
Tlf.: 91 446 31 62 // 50 - Fax: 91 445 90 24
unaf@unaf.org
www.unaf.org
Blog Salud sexual en clave cultural



DECLARADA DE UTILIDAD PÚBLICA

**Trabajamos por el bienestar
de las familias**

