



Género, afectividad y sexualidad

Cuaderno de
sistematización
de aprendizajes

Género, afectividad y sexualidad: rompiendo mitos y reconociendo derechos desde el apoyo mutuo, la interculturalidad y la ciudadanía global crítica.

Programa de Educación para el Desarrollo no formal en materia de Derecho a la Salud Afectivo Sexual, desde un enfoque de género, interculturalidad y derechos humanos, en el barrio de Orriols, Valencia.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a todas las personas que se han involucrado para hacer posible esta propuesta.

A la Conselleria de Transparencia, Responsabilidad Social, Participación y Cooperación de la Generalitat Valenciana.

A Radio Malva: la radio comunitaria dels poblats marítims de València.

A la Escuela de Enfermería La Fe, a la Facultad de Enfermería y Podología de la Universitat de Valencia y a la Facultad de Trabajo Social de esta misma universidad.

A cada una de las personas técnicas de entidades sociales, asociaciones, ONGD;

A cada profesional del sistema sanitario;

A cada profesora del ámbito académico;

A cada representante de la administración pública;

Que asististeis y participasteis en la mesa de concertación.

Especialmente, a todas las mujeres participantes. Por su tiempo, dedicación, compromiso y cariño.

Oulaya, Rokhaya, Flor, Aisha, Olga, Marge, Paulina, Souckayna, Amy, Katherine, Nana, Fátima, Yesenia, Mayeni, Embarka, Danna, Sushila, Salka, Gloria, Yuliana, Mamou, Marible, Aminata, Malika, Mónica, Claudia, Sainabou, Marcela, Halima, Susi.

Índice

1. Introducción.	2
2. Metodología.	3
3. Los conceptos clave. Apropiándonos.	5
3.1. El derecho universal a la salud.	5
3.2. Los derechos sexuales y los derechos reproductivos.	7
3.3. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la salud sexual y reproductiva.	9
3.4. La Educación para el Desarrollo y el derecho a la salud afectiva y sexual.	10
3.5. Enfoque Intercultural.	11
3.6. Enfoque de género.	12
4. Derecho a tener derecho. Fortalecimiento de capacidades a través de diálogos interculturales.	13
5. Sensibilizando sobre el derecho a la salud afectiva y sexual. Bibliotecas Humanas, relatos radiofónicos y jornada comunitaria.	19
6. Fortaleciendo el tejido sociosanitario para la garantía del derecho a la salud afectiva y sexual.	24
7. Aprendizajes colectivos.	26

1. Introducción.

El presente cuaderno de aprendizajes, recoge el proceso y los resultados de un proyecto de educación para el desarrollo y ciudadanía global, facilitado por la combinación de la experiencia de Farmamundi y Valencia Acoge, y financiado por la Conselleria de Transparencia, Responsabilidad Social, Participación y Cooperación de la Generalitat Valenciana.

Buscábamos contribuir a la participación social de las mujeres migrantes en el barrio valenciano de Orriols para la defensa del derecho a la salud afectiva y sexual, desde un enfoque de género, interculturalidad y derechos humanos.

En este proceso, ha sido primordial la participación de mujeres (titulares de derecho, en adelante TDD) de diversos países y culturas de origen que han participado como agentes sociales para narrar y reclamar su realidad en torno a este derecho y su relación con el sistema sociosanitario.

El presente cuaderno de aprendizajes recoge las principales reflexiones, los conocimientos y los discursos colectivos que las personas participantes han generado a lo largo de todo el proyecto. Los organizaremos en dos etapas. La primera, la denominamos el derecho a tener derecho. En esta, se muestra la construcción de una visión colectiva que recoge las reflexiones sobre el derecho a la salud afectiva y sexual, desde la interculturalidad y la perspectiva de género. En la segunda etapa, sensibilizando sobre el derecho a la salud, conocemos la experiencia de las mujeres participantes en acciones de sensibilización tanto a titulares de responsabilidad del sistema sociosanitario del presente y del futuro, como a la ciudadanía valenciana en general a través de técnicas participativas y experienciales a la vez que se constrúan como agentes para el cambio social.

Este cuaderno de aprendizajes busca convertirse en un documento de difusión y sensibilización. Además se trata de un material para la reivindicación del derecho a la salud afectiva y sexual de las mujeres migrantes, así como para mejorar la praxis profesional en el ámbito sociosanitario. Con ello, queremos contribuir a generar conciencia crítica sobre los determinantes sociopolíticos que impactan en las situaciones específicas de las personas respecto a este derecho y conseguir así la movilización colectiva en su defensa y reivindicación.

2. Metodología.

Nuestro marco de trabajo, es la Educación para el Desarrollo y la Ciudadanía Global (en adelante EpDyCG) y la entendemos como herramienta para sensibilizar y capacitar sobre temas relacionados con la salud a los diferentes colectivos de la sociedad. Con ello, se pretende generar una concienciación, compromiso y solidaridad con respecto al derecho a la salud que promueva el cambio social para la Justicia Global.

Con esto queremos contribuir a generar una conciencia crítica, es decir, un conocimiento de las diferentes inequidades que existen, ya sea entre personas, sexos, géneros, clases sociales, comunidades, o entre países; y una adecuada comprensión de las causas que subyacen a estas desigualdades, desde una perspectiva crítica, de reflexión y debate.

Desde esta perspectiva, sumamos diferentes enfoques que nos permiten entender y construir nuestras acciones, de una manera coherente con el propósito de la EpDCG. Estos son el Enfoque Basado en Derechos Humanos, el de género y el de interculturalidad.

En cuanto a la manera de entender la educación, nos basamos en la educación horizontal y el aprendizaje colectivo, es decir, trabajamos creando una relación horizontal en la que las y los educandos cumplen un rol de facilitación o acompañamiento del proceso de aprendizaje. Y además, se fomentan los valores de la ayuda mutua, la solidaridad y la cooperación entre las personas, promoviendo relaciones de grupo basadas en la cohesión, la convivencia y el aprendizaje colectivo.

En el proceso desarrollado hemos utilizado diferentes técnicas y recursos metodológicos, pero queremos destacar los siguientes:

Biblioteca Humana. Esta técnica está basada en la transmisión de historias personales como herramienta para la transformación social y empoderamiento personal. El proceso transformador empieza con las historias que las personas cuentan sobre sus vidas cotidianas. Freire (1972) habla de “nombrar el mundo para cambiarlo”. “A través de contar historias no solamente transmitimos culturas y realidades, pero con contar, recontar y escribir historias, creamos contranarrativas que proporcionan un camino hacia la transformación” (Ledwin y Springett - Participatory Practice).

Relatos radiofónicos. Tanto la creación de relatos radiofónicos como la participación en programas de radio son herramientas con un gran potencial de empoderamiento como titulares de derecho (UNDP & Voices, 2004). Esta técnica permite expresar ideas, pensamientos y vivencias a través de medios con un alcance real sobre el entorno comunitario, pues son recibidas por un sector representativo de la sociedad. Respecto a la población en situación de vulnerabilidad, se trata de un instrumento capaz de aportar visibilidad a las circunstancias y condicionantes que generan desigualdades sociales. Por tanto, sirven como motor de cambios sociales y desarrollo local.

Mesa de concertación. Desde la perspectiva del Instituto Iberoamericano para el Desarrollo Social (INDES), la concertación es entendida como una práctica participativa amplia mediante la cual las distintas actoras involucradas en la formación de políticas públicas generan acuerdos básicos para conceptualizarlas y ejecutarlas. Se trata de una práctica dialógica que favorece procesos de construcción del interés general y la deliberación ciudadana, operando como un mecanismo de participación ciudadana y democratización de la toma de decisiones públicas (Licha, 2003).

De esta forma, hemos trabajado con las mujeres participantes (TDD) para la reivindicación del derecho a la salud afectiva y sexual, a partir de las particularidades de todas ellas, y desde un enfoque basado en derechos humanos, género e interculturalidad. Han compartido sus aprendizajes y vivencias con estudiantes y profesionales del ámbito sociosanitario para sensibilizar y reivindicar en materia de derecho a la salud afectiva y sexual. Así, las TDD han abierto un nuevo camino de movilización ciudadana, fortaleciendo sus capacidades para la reivindicación de sus derechos.



3. Los conceptos clave.

Apropiándonos.

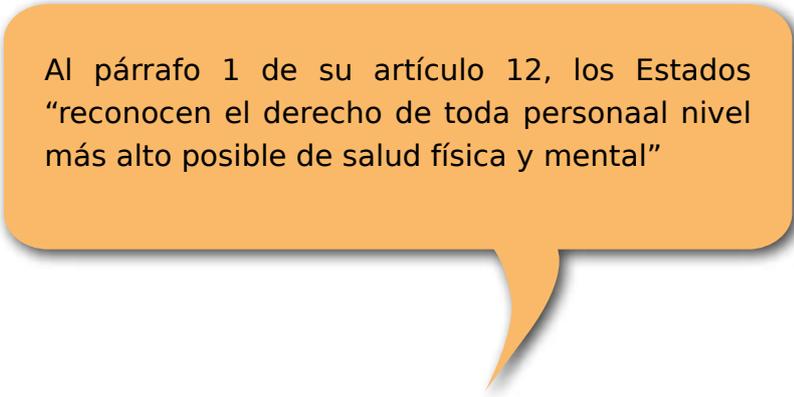
A continuación, veremos qué conceptos conforman la visión colectiva de la salud construida a lo largo del proceso.

3.1 El derecho universal a la salud.

En 1948, la Asamblea General de Naciones Unidas adoptó la Declaración Universal de los Derechos Humanos como un marco de referencia para el establecimiento de las políticas de todos los estados.

En 2005, 151 países habían ratificado el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales PIDESC (España, entre ellos), aceptando la obligación de cumplir con los derechos económicos, sociales y culturales de sus pueblos y, entre ellos, con el derecho a la salud. Además, una multitud de acuerdos, convenios y declaraciones internacionales y regionales han reconocido la salud como el derecho humano (ej. la declaración de Alma-Ata de 1978). Hoy en día no hay ni un solo estado que no haya firmado al menos un tratado que reconozca este derecho.

El PIDESC contiene el artículo más completo en la legislación internacional relativa a los Derechos Humanos.



Al párrafo 1 de su artículo 12, los Estados “reconocen el derecho de toda persona al nivel más alto posible de salud física y mental”

El párrafo 2 de este mismo artículo se enumeran algunas medidas para lograr la efectividad de este derecho: la reducción de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños; la mejora en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; la creación de condiciones que aseguren a todo el mundo asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Para que un derecho sea efectivo, tienen que cumplirse cuatro variables entendiendo que sí una de ellas no es respetada, el derecho se encuentra vulnerado. Estas variables son: la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad; y se encuentran interrelacionadas entre sí. Desde el análisis de estas variables, se evaluó la percepción que tienen las mujeres (TDD) sobre la garantía del derecho a la salud afectiva y sexual desde su perspectiva como mujeres migrantes en la ciudad de Valencia.

Cuando hablamos de salud, abarcamos **múltiples dimensiones** como la salud física, mental, sexual, emocional, espiritual y social. Cada una de las dimensiones se relaciona con el resto, se articulan y se complementan entre sí.

- **Salud Física:** Es un estado de bienestar donde tu cuerpo funciona de manera óptima. Es la ausencia de enfermedades en tu cuerpo y el buen funcionamiento fisiológico de nuestro organismo.
- **Salud Sexual:** Es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.
- **Salud Emocional:** Se refiere al bienestar psicológico general: cómo nos sentimos con nosotros mismos, la calidad de nuestras relaciones y la capacidad para gestionar las propias emociones y afrontar las dificultades.
- **Salud Mental:** Es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad..
- **Salud espiritual:** es un elemento indispensable en la salud integral, podríamos definirla con base a tres aspectos primordiales: significado y propósito de vida, la voluntad de vivir y la fe en si mismo, en los demás y en una fuerza superior (acorde a la cultura).
- **Salud social:** es el efecto que tiene el entorno de la persona sobre su estado de bienestar como: el acceso a la atención sanitaria, el nivel de educación, el tipo y condiciones de la vivienda, el poder adquisitivo, las condiciones y medio ambiente laboral, el acceso a actividades recreativas así como las características de la comunidad.

3.2 Los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Los derechos sexuales (en adelante DDSS) y los derechos reproductivos (en adelante DDDR) son Derechos Humanos reconocidos internacionalmente¹ y son parte fundamental del derecho a la salud, pues las cuestiones asociadas a la sexualidad y a la reproducción conforman elementos centrales en el ciclo de vida de las personas, condicionando así el disfrute físico, mental y social de las personas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la **salud sexual** como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, y no simplemente como la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual implica un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales agradables y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. En este contexto, la OMS define la **sexualidad** como un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida que incluye sexo, género, identidades y roles, orientación sexual, erotismo, placer, intimidad y reproducción.

En este contexto, la OMS define la **sexualidad** como un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida que incluye sexo, género, identidades y roles, orientación sexual, erotismo, placer, intimidad y reproducción.

Para que la salud sexual sea atendida y sostenida, los derechos sexuales de todas las personas tienen que ser respetados, protegidos y satisfechos. La Federación Internacional de Planificación Familiar aprueba, en 2008, la Declaración de los Derechos Sexuales y Reproductivos:

1. Derecho a la Libertad Sexual. Derecho a expresar libremente el potencial sexual. Sin embargo, esto excluye todas las formas de coerción sexual, explotación y abuso.

2. Derecho a la Autonomía Sexual, Integridad Sexual y Seguridad del Cuerpo Sexual. Derecho a tomar decisiones autónomas sobre la vida sexual en base a la ética personal y social. También incluye el control y el placer de nuestros cuerpos libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.

3. Derecho a la Privacidad Sexual. Derecho a tomar decisiones individuales sobre la intimidad siempre que no interfieran en los DDSS de otras personas.

1. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW, 1979), Conferencia de Teherán (1968), Conferencia Internacional para la Mejora de la Salud de las Mujeres y las Niñas de Nairobi (Kenia, 1987), Conferencia Internacional sobre Población celebrada en el Cairo (1994), Conferencia del Cairo (1994), IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres (Beijing, 1995), Federación Internacional de Planificación Familiar aprueba

4. Derecho a la Equidad Sexual. Supone la oposición a todas las formas de discriminación por razón de sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión, invalidez física o emocional, etc.

5. Derecho al Placer Sexual. Entender el placer sexual, incluido el autoerotismo (masturbación), como una fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.

6. Derecho a la Expresión Sexual Emocional. Cada persona tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.

7. Derecho a la Libre Asociación Sexual. Significa la posibilidad de casarse o no, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales.

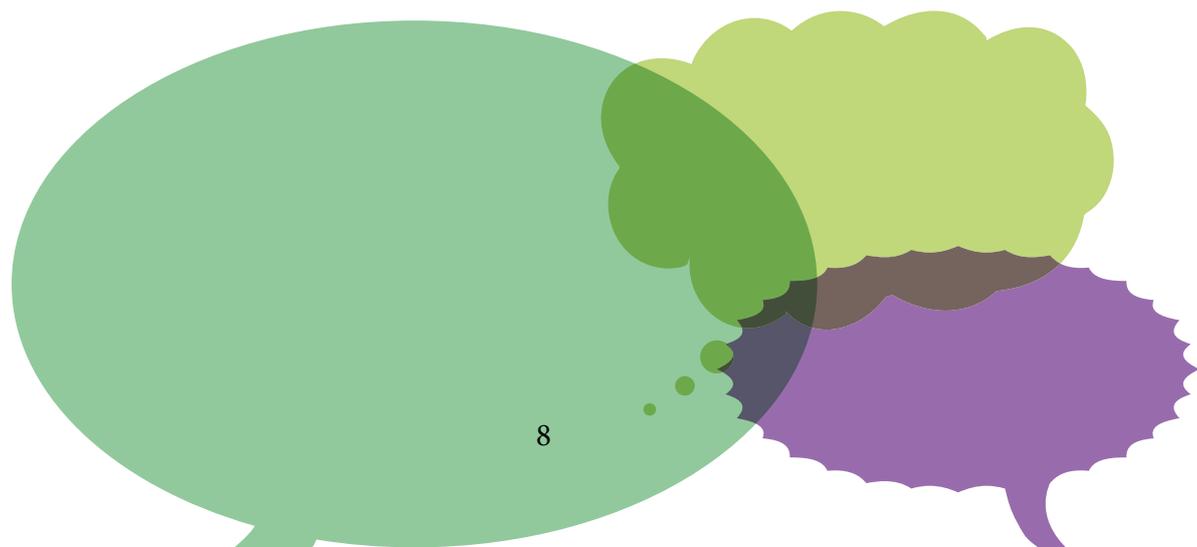
8. Derecho a Acceder a Opciones Reproductivas Libres y Responsables. Derecho a decidir sobre tener niños/as o no, el número y el tiempo entre cada uno/a, y el derecho al acceso a los métodos de regulación de la fertilidad.

9. Derecho a Información Basada en el Conocimiento Científico. La información sexual debe ser generada a través de un proceso científico y ético y difundido en formas apropiadas en todos los niveles sociales.

10. Derecho a la Educación Sexual Comprensiva. Derecho a la información y la educación sexual desde el nacimiento y a través de todas las instituciones sociales.

11. Derecho al Cuidado de la Salud Sexual: El cuidado de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y desórdenes sexuales.

En definitiva, los DDSS y los DDDR tienen un punto en común: hacen referencia a nuestros cuerpos. Y tomando en cuenta que nuestro cuerpo es un territorio individual y social, es muy importante que nuestras decisiones sean autónomas e informadas y éstas sean respetadas por el Estado y las demás personas. Y, como sucede con cualquier derecho, es fundamental conocerlos para poder ejercerlos.



3.3 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la salud sexual y reproductiva.

La Asamblea de la ONU, aprobó en el 2015, la **Agenda 2030**; un plan de acción audaz y transformador que representa una oportunidad sin precedentes para la transformación del mundo (UNDP, 2018). Propone unos **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)** para guiar las políticas públicas hacia un desarrollo humano equitativo y justo socialmente. Estos ODS son 17 y se establecen unas metas para alcanzarlos.

La salud ocupa un lugar específico y fundamental en los ODS. Es el **ODS 3** el vinculado a la salud ya que pretende garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas en todas las edades. También se incluyen en los ODS, aspectos y elementos referentes a la salud sexual y la salud reproductiva (**ODS 5**). No obstante, es importante saber que la mayoría de los ODS están relacionados directa o indirectamente con la salud en general y la salud afectiva-sexual en particular, sobre todo los siguientes:

El **ODS 10** que hace referencia a la reducción de las desigualdades en y entre los países, parte de la base que el crecimiento económico no es suficiente para reducir el empobrecimiento de una población

El **ODS 4** Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todas las personas

El **ODS 5**, referido a la igualdad de género, se hace un especial énfasis en la eliminación de la trata y la explotación sexual, así como otras formas de explotación como el matrimonio infantil, precoz y forzado y prácticas nocivas como la mutilación genital femenina

3.4 La Educación para el Desarrollo y el derecho a la salud afectiva y sexual.

La Educación para el Desarrollo y la Ciudadanía Global (EpDCG) es una herramienta necesaria para contribuir a los Objetivos de Desarrollo Sostenible mencionados, para generar procesos de sensibilización y reivindicación en los diferentes colectivos de la sociedad y así, construir una ciudadanía comprometida con los derechos humanos en general, y los DDSS y DRRR en particular.

El ejercicio y la garantía de los DDSS y los DRRR, como parte indisoluble de la salud, están directamente relacionados con la información y el conocimiento que las personas y las sociedades tenemos sobre la sexualidad, la reproducción y la afectividad. Por ello, la educación es una herramienta imprescindible para construir una ciudadanía comprometida con dichos derechos humanos.

La educación sexual, lejos de lo que se ha concebido tradicionalmente, es en sí misma un derecho que trasciende las barreras de la educación formal y del que todas las personas tenemos cierta parte de responsabilidad, pues incluye gestos, creencias y actitudes que transmitimos en nuestro día a día. Además, es un proceso constante de construcción que dura toda la vida, desde que nacemos hasta que morimos. Por lo que es necesario incluirla tanto en el ámbito formal de la educación, como en el no formal.

Por otro lado, la educación sexual se ha centrado tradicionalmente en la prevención del embarazo temprano y de la exposición y transmisión a enfermedades o infecciones de transmisión sexual. Pero la sexualidad y la educación sexual están relacionadas con muchas más cosas. Entre ellas la afectividad, es decir, al amor y los afectos que se construyen en el espacio de las relaciones sociales, y también de las relaciones sexuales. Incluirla en la educación sexual permite identificar y transformar las violencias que se generan en el marco de una sociedad patriarcal y así, poder ejercer los DDSS y DRRR.

La sexualidad y la afectividad tienen un componente de género fundamental y están atravesadas por aspectos culturales. Por ello, es imprescindible incorporar tanto el enfoque de género como el de interculturalidad para entender este derecho humano: EL DERECHO A LA SALUD AFECTIVA Y SEXUAL (en adelante DSAS).

3.5 Enfoque Intercultural.

Entendemos la **Interculturalidad** como el marco en el que las personas, grupos e instituciones con características culturales diversas¹, se reconocen sobre la base de la dignidad, el respeto y la igualdad. Esto implica que se reconoce a todas las personas como sujetas de derechos, independientemente de sus características culturales, políticas y sociales; valorando la diversidad como oportunidad para la justicia social.

Este enfoque visibiliza que existen grupos humanos que han sido históricamente excluidos y que aún no existen las condiciones materiales para alcanzar la igualdad en el marco de una sociedad racializada, es decir, una sociedad en la que la raza se ha convertido en una categoría de discriminación y violencia.

Toda cultura se desarrolla de acuerdo a prácticas y saberes propios, construye sus propias concepciones sobre los hechos, factores y condiciones que influyen en las personas. De esta manera, existen conceptos diversos sobre el proceso salud - enfermedad. Un **modelo de salud basado en la interculturalidad** debe promover el diálogo y el enriquecimiento mutuo. Para ello, es necesario reconocer la existencia de un sistema de salud reticular, donde -más allá del estado, que ejerce una fuerte responsabilidad en materia de salud- hay otros prestadores de salud tradicional y/o alternativa, además de las prácticas de autocuidado propias de la herencia cultural de los diferentes grupos humanos en cada país.

Por tanto, la incorporación de la perspectiva intercultural hace referencia a incorporar la diversidad cultural y el respeto a la diferencia como un valor de enriquecimiento y base de todas las acciones. Se tiene presente que las personas de distintas culturas tienen diferentes marcos de referencia y que es necesario la aproximación al “otro/a” desde el conocimiento mutuo.

1. Creencias, saberes, prácticas culturales, etc.

3.6 Enfoque de género.

Entendemos la **equidad de género** como premisa fundamental y lo consideramos clave en el trabajo de sensibilización en relación al derecho a la salud afectiva y sexual. Además, asumimos que la socialización de género no es igual en todas las culturas y países, por tanto, ser mujer u hombre no significa lo mismo en todas ellas; si bien, hay algunas realidades que coinciden y compartimos todas.

El Patriarcado, entendido como un sistema u organización social de dominación de los hombres sobre las mujeres, establece normas y estereotipos sexistas que provocan graves desigualdades sociales entre los géneros. Por tanto, las mujeres viven en una situación de discriminación constante que, además, se acentúan con otros determinantes sociales como la migración.

Desde nuestro trabajo aplicamos el enfoque de género haciendo una apuesta por: I) cuestionar la dicotomía público-privado. II) Visibilizar y poner en el centro las relaciones de poder entre géneros. III) propiciar la sororidad, que supone la alianza política de las mujeres para que ninguna mujer esté por encima o por debajo de otra, partiendo de un análisis interseccional. IV) promover la construcción de las mujeres como grupo de iguales desde sus diferencias V) Revalorizar el espacio doméstico y el rol reproductivo de las mujeres como sostenedoras de vida VI) reconocer su sexualidad y el derecho al placer como mujeres y seres humanos integrales.

Por tanto, consideramos el género y, en consecuencia, las relaciones entre hombres y mujeres como “construcciones socioculturales” que pueden variar de una sociedad a otra y en el tiempo. Esto permite reinterpretarlas, transformarlas, y reconstruirlas con la participación de todos y todas, pues la desigualdad que genera nos afecta particularmente, generando cargas sociales, económicas, emocionales, sentimentales y psicológicas diferentes que producen efectos muy diferentes en hombres y mujeres.

4. Derecho a tener derecho.

Fortalecimiento de capacidades a través de diálogos interculturales.

Este proyecto arrancó con sesiones grupales para el diálogo intercultural en torno al derecho a la salud afectiva y sexual. El propósito de estos diálogos interculturales es la construcción de un diagnóstico participativo sobre el derecho a la salud afectiva y sexual, con un enfoque basado en derechos humanos, género e interculturalidad, en el marco de los ODS, que recoja y construya una visión colectiva sobre dicho derecho.

En todo este proceso hemos dedicado dos momentos específicos a la reflexión sobre los aprendizajes: el taller de devolución de los resultados y la sistematización de experiencias. En una jornada veraniega de julio, promovimos una reflexión crítica para colectivizar aprendizajes y promover una apropiación del nuevo conocimiento construido en los grupos focales.

La visión colectiva sobre el derecho a la salud sexual y afectiva, construida en estos espacios se conforma recogiendo los siguientes aspectos:

- Los ODS son necesarios y deben cumplirse, de igual modo que los derechos humanos deben estar garantizados para todas las personas sin discriminación por razón de raza, sexo, género, etc.
- El concepto de derecho humano hace referencia a las demandas indispensables para el desarrollo de las personas; y contempla el derecho a la salud, los derechos sexuales y los derechos reproductivos.
- El derecho a la salud sexual y afectiva está especialmente vulnerado en las mujeres, lo que quiere decir que existen desigualdades de género en el acceso a este derecho.

- El género hace referencia a los atributos (estereotipos) y funciones (roles) que se asocian culturalmente a una persona en función de su sexo, es decir, de sus características biológicas. Mientras que “hombre” y “mujer” refieren al sexo, “feminidad” y “masculinidad” refieren al género.

FEMINIDAD. Se les dice a las mujeres que tienen que ser...

Cuidadoras de la casa y las personas, sumisas, preocupadas por el cuerpo, frágiles, delicadas, pacientes, sensibles, responsables, deben ocupar poco espacio, fidelidad, dependientes...

MASCULINIDAD. Se les dice a los hombres que tienen que ser...

Fuertes, no llorar en público (no son emocionales), autoridad, trabajador (proveedor económico), celosos, confianza, machos, poder, superioridad (se creen mejores), inteligente, salvador, “manitas” aunque no cuiden de la casa, engañosos...

- La feminidad y masculinidad son opuestas y complementarias y no están igualmente valoradas en las sociedades, pues se otorga un mayor valor, reconocimiento y poder a los atributos y roles masculinos. Esto es lo que genera situaciones de desigualdad y lo llamamos: sistema patriarcal.
- El género (feminidad y masculinidad) lo adquirimos e interiorizamos a través de complejos procesos de educación y socialización que tienen lugar desde que nacemos y alcanzan todas las esferas de la vida. Lo más importante de esto, es que podemos cambiarlo:
- El género también atraviesa la sexualidad, pues a pesar de que la sexualidad tiene tres funciones: la comunicación, el placer y la reproducción; el sistema patriarcal ha centrado la sexualidad masculina en el placer genital de los hombres, y la sexualidad femenina en la reproducción.

“Existen casos en los que madres y padres han roto esa norma general y han educado a sus hijos e hijas en mayores condiciones de igualdad; como por ejemplo no tener que atender a sus hermanos varones y poder ir a la escuela”

- A los hombres y a las mujeres nos dicen cosas distintas sobre la sexualidad. Existen una gran cantidad de mitos y creencias que restringen la sexualidad de las mujeres y dan libertad sexual a los hombres.

“Si un hombre no tiene relaciones sexuales se le cae la barba”.

“Las mujeres no pueden hablar de lo que les gusta y no les gusta, está mal visto”. Si ella propone tener una relación sexual es una “zorróna”, la mujer tiene que parecer sumisa. En ellos está bien visto.

- En general, la anatomía sexual de las mujeres está menos estudiada y menos visibilizada por la sociedad, especialmente aquella anatomía vinculada al placer. Las mujeres crecemos y vivimos sin conocer nuestros cuerpos, nuestra anatomía, nuestros genitales internos y externos. Esto, a su vez, contribuye a la construcción de una sexualidad femenina en restricción.

“Recuerdo que nos hablaron del clítoris pero no nos dijeron para qué servía” (mujer de origen latino).

- Las diferencias establecidas socialmente entre hombres y mujeres en el terreno de la sexualidad son la base de la violencia y del resto de discriminaciones y desigualdades experimentadas en el derecho a la salud afectiva y sexual.



- Tanto el género como la sexualidad son construcciones socioculturales y, por tanto, existen diferencias entre las culturas. No obstante, en todas las culturas existen formas de discriminación y violencia contra las mujeres en el terreno de la sexualidad y la afectividad por cuestiones de género.

En cada cultura se nos dice como hemos de ser mujeres y como hemos de vivir nuestra sexualidad por ser mujeres. Hemos visto en los talleres nuestras diferencias, desde nuestras culturas, pero también muchas cosas en común, en todas las culturas, hay unas funciones asignadas y en la sociedad a las mujeres se les ha dado menos valor que a los hombres (Halima Rezgaoui)



- La reconstrucción conjunta de violencia sexual se muestra en el siguiente cuadro:

¿Cómo se ejerce?	Obligar, forzar, chantajear, ir en contra de la voluntad, no tener en cuenta. Realizar una acción sin el consentimiento de la otra persona.
¿Quién la ejerce?	Puede ser una persona conocida o desconocida, puede ser un grupo, o puede ser la sociedad. Puede ser tu pareja o un familiar. La ejercen estructuralmente los hombres.
¿Dónde se ejerce?	En el espacio público (calle, colegio, etc.) y en el espacio privado (casa, etc.)
¿A quién se le ejerce?	La suelen vivir estructuralmente las mujeres de cualquier edad, las niñas y los niños.
¿Por qué? ¿Cuál es la causa?	Que no hay educación sexual. Que no hay igualdad.
¿Qué acciones no deseadas identificamos?	<ul style="list-style-type: none"> – Tocamientos, penetración, besos, caricias, etc. – Mirar pornografía sin desearlo. – Que se masturben delante de ti. – Matrimonios o convivencia forzada. – Aborto selectivo o forzado. También tomar la píldora postcoital de manera obligada. – Tener sexo para el beneficio económico de otra persona, generalmente un hombre (explotación sexual y/o trata). – Tener sexo sin preservativo, que se quiten el preservativo durante el coito. – Esterilización forzada. – Uso de un lenguaje violento, insultos, durante el acto sexual. La humillación. – Golpes o dolor no deseado. – Esclavitud sexual. – Grabar, fotografiar sin consentimiento. Así como compartir esta intimidad, o realizar chantaje con este contenido. – Poligamia no deseada. – Piropos, miradas o gestos. – Persecuciones. – Pedofilia. – Violaciones como arma de guerra. – Mutilación Genital Femenina (MGF).

- Aunque las manifestaciones de discriminación y violencia sean diferentes, todas las culturas tienen una cosa en común: la desigualdad entre hombres y mujeres estructurada e institucionalizada en el funcionamiento social. Una desigualdad que alcanza todas las esferas de la vida, y también la afectiva-sexual.
- Cada persona -y cada mujer- vive sus relaciones afectivas y sexuales de manera diversa, y tiene derecho a ello. Sin embargo, el respeto, el placer o disfrute y la comunicación son aspectos innegociables para la salud sexual y afectiva. Serían lo que hemos llamado en el proyecto: EL BUEN TRATO SEXUAL.
- El concepto de salud sexual y afectiva construido es sinónimo de un buen trato sexual:

- Que exista un juego, cariño, palabras bonitas, pensar juntos, mirar a los ojos, caricias, besos, sinceridad... No ir directamente a la genitalidad.
- Que haya respeto, confianza, comunicación y seguridad.
- Que sea sana, que no haya fuerza.
- Que la pareja no piense solamente en sí mismo, que haya consentimiento y placer por las dos partes.
- Que la pareja sea amable, comprensivo.
- Que haya deseo, química.
- Que haya una vinculación emocional.
- Que las mujeres podamos tener la iniciativa.
- Igualdad.

- Tenemos derecho a reclamar y reivindicar nuestro derecho a la salud afectiva y sexual.

Nosotras las mujeres tenemos que luchar por nuestros derechos, tenemos derecho al placer, ninguna mujer quiere sentirse despreciada, ninguna mujer quiere que la humillen, tenemos derecho a ser felices, y vamos a luchar por ser felices (Tanana Traoré).

“yo prefiero mil veces saber que no saber, tener ideas, es estar informado y ver si te lanzas o no”.
(Malika Ouchitachen)

5. Sensibilizando sobre el derecho

a la salud afectiva y sexual.

Bibliotecas Humanas, relatos

radiofónicos y jornada comunitaria.

En esta etapa, se ha trabajado para el fortalecimiento de capacidades con la transmisión de nuestros conocimientos, a través de las Bibliotecas Humanas, relatos radiofónicos y participación en la jornada comunitaria del 25N. Las mujeres han realizado acciones de sensibilización sobre el derecho a la salud afectiva y sexual, desde el género y la interculturalidad, y han fortalecido sus capacidades como TDD para su reivindicación. Toda esta etapa, se construyó desde la visión colectiva de la salud sexual y afectiva, teniendo en cuenta la diversidad cultural.

Las TDD han compartido sus aprendizajes y vivencias con los y las TDR del sistema sociosanitario con el fin de sensibilizarles sobre su responsabilidad en torno a la garantía del derecho a la salud afectiva y sexual. En concreto, fuimos a las aulas del grado de trabajo social, y de enfermería y podología de la Universitat de València, así como a las aulas de la Escuela de Enfermería de la Fe.

Además, han reforzado y transmitido los discursos y conocimientos construidos a la ciudadanía valenciana en general, a través de programas en la radio comunitaria Radio Malva, y a través de la participación en la jornada comunitaria del 25N (Día Internacional para la Eliminación de la Violencia Contra las Mujeres en base al Género).

Con todas estas actividades del proyecto, las TDD han fortalecido sus capacidades para la reivindicación del derecho a la salud afectiva y sexual desde la movilización ciudadana para la acción.

En nuestro proceso hemos dedicado dos momentos específicos a la reflexión sobre los aprendizajes: el taller de devolución de los resultados y la sistematización de experiencias.

En cuanto a TDR, se han visibilizado y se ha reflexionado sobre los determinantes sociales que afectan al derecho a la salud afectiva y sexual de las mujeres migrantes, lo cual permitirá realizar un ejercicio de reconsiderar sus posturas y actuaciones a la hora de ejercer como TDR.

“Creo que les ayuda a que conozcan de primera mano las vivencias de las mujeres migrantes, que las cosas no son tan fáciles como dicen. Las mujeres migrantes desconocemos muchas cosas porque los profesionales no saben o no lo dicen de buena forma.”

“Creo que les proporcionó información y se hicieron más conscientes de que todas las mujeres tenemos derechos sexuales y de las diferencias culturales, específicamente en el tema de la sexualidad. También la necesidad de humanizar a las pacientes. Necesitan, más que nadie, tener la humanidad y la sensibilidad ante estos derechos.”

“Creo que sirve para que el personal sociosanitario sea más humano, más sensible en general. Que vean a las personas migrantes como personas. Y es muy importante porque tendrán el poder de educar sobre esos derechos desde su profesión.”



En cuanto a otras/os titulares de responsabilidad y de derecho, encontramos a las y los oyentes de Radio Malva, así como a todas las personas a las que se les hicieron llegar los programas de radio grabados por las mujeres. El uso de la radio como herramienta de transformación social genera oportunidades para romper con el tabú de la sexualidad, y transmitir a la ciudadanía en general información y conocimientos sobre el derecho a la salud afectiva y sexual; así como, el mensaje urgente de que este derecho está siendo vulnerado diariamente. Así lo indican las mujeres participantes:

“...permite a la gente saber lo que nos ocurre a las mujeres en sus culturas. Es un espacio para decirle a la gente que tenemos que eliminar las violencias que vivimos las mujeres. Es un mensaje tanto para las mujeres como para los hombres. A las mujeres que no callen y a los hombres que tienen que romper con las cosas culturales que dañan a las mujeres.”

“Es importante hablar de la salud sexual y afectiva en medio como la radio porque hay que hablar del placer en las relaciones sexuales. Hay que hablar públicamente de consentimiento, de que la mujer tiene que poder decidir libremente si quiere o no quiere tener sexo, si le gusta.”

“Creo que hablar de mis vivencias por la radio puede impulsar a otras mujeres a hacer cursos, a unirse al proyecto. Impulsar a hablar de sexualidad y romper tabús. Impacta que las mujeres hablen de sexo, más aún en un medio de comunicación pública. Esto es un impacto en la mentalidad de la sociedad. Porque las mujeres no suelen querer hablar de estos temas, de las violencias. Genera denuncia social, desbloquea el silencio.”



En cuanto a la ciudadanía en general, han podido recibir los mensajes reivindicativos que las mujeres han reflexionado y construido para el Día Internacional para la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres. Este día, las personas que estuvieron allí tuvieron la oportunidad de escuchar e integrar aspectos del derecho a la salud afectiva y sexual que encarnan las mujeres migrantes de la ciudad de València.

“Es muy importante salir a las calles a reivindicar el DSAS porque hay mucha gente que se calla y no alza su voz. Porque cada hombre que agrede a una mujer tiene que escuchar que hace mal y que comete un error. Porque ellas tienen que saber que no están solas.”

“...porque pueden ver que no estamos conformes con la situación, que seguimos siendo objeto de burlas y acoso. La gente tiene que escuchar que somos valiosas. Creo que faltan muchas mujeres y hombres que salgan a esa marcha.”

“Es la mejor forma de mostrarte al mundo, poder visibilizar y mostrar la realidad que muchas ignoran. Es una oportunidad para ser escuchadas por muchas personas. Sé que muchas más personas se unirán y cada vez seremos más.”

En cuanto a TDD, han llevado a cabo un proceso de auto reconocimiento como agentes sociales, como parte de un proceso de empoderamiento, para reivindicar y recuperar sus derechos vulnerados como motivación para transformar la realidad mediante la participación en este proceso.

Bibliotecas Humanas:

“Pensaba que nunca podría hablarlo con alguien, y ahora termino diciéndolo en frente de un público. Pienso que es una forma de decirle a las demás personas que se puede salir de situaciones difíciles.”

“Ha sido una oportunidad de sacar mi historia, de poder contarla, de darme cuenta que no soy la única que vive estas experiencias. “

“Cuando empecé a prepararlo, me empecé a hacer muchas preguntas: por qué había vivido eso, por qué mi familia no me había hablado de ello... Quise culparlos, pero finalmente comprendí que es algo que va mucho más allá, que hay un sistema patriarcal detrás de todo.”

Programas de radio:

“He aprendido a llevar el equipo técnico para llevar un programa. Siempre me habían gustado las cosas técnicas, pero nunca había tenido la oportunidad hasta ahora.

“Escuchando los programas he aprendido nuevas cosas, nuevos temas como el de la MGF. Teníamos que preparar contenidos para guionizar el programa y he aprendido la disciplina cuando estás en la mesa (evitar el ruido, por ejemplo).”

“Me ha hecho muy feliz utilizar las herramientas de la radio y entender cómo funciona en directo. Me ha gustado hablar y expresar la experiencia del proyecto a otras personas. Nunca pensé que lo haría, antes era muy tímida. Entonces, es un cambio muy grande. Además, hablando de sexualidad...”



25N:

“Participando en la marcha del 25N me sentí emocionada porque pedíamos libertad y derechos. Me sentí libre y autoestimada. Me sentía muy fuerte y con mi voz alta.”

“Me encantó preparar carteles, máscaras... para la marcha del 25N, compartir las ideas con las compañeras. He aprendido que nosotras tenemos derecho a no ser pisoteadas, a ser valoradas, y a saber que no estamos solas. Ir a las manifestaciones me hace sentir libre, porque me gusta ser una de las que grita, tener la libertad de gritar, ser escuchada.”

“Me ha hecho sentir útil, feliz, querida. Son muchísimas cosas que he aprendido, algunas para mí muy importantes, como los tipos de violencia que existen, que tengo mis derechos... En la marcha fueron miles de sentimientos. Mi corazón latía muy rápido, me sentí apoyada, me sentí acompañada, feliz, empoderada, aprendí que juntas, unidas, somos una voz tan potente que podemos lograrlo.”

6. Fortaleciendo el tejido sociosanitario para la garantía del derecho a la salud afectiva y sexual

En esta etapa, se ha trabajado en el fortalecimiento del tejido sociosanitario para la defensa y la garantía del derecho a la salud afectiva y sexual de las mujeres migrantes en la ciudad de València. Para ello, se organizó y dinamizó una mesa de concertación en el Centro Cultural Bancaja. En ella participaron un total de 16 mujeres protagonistas del proyecto (TDD) y 73 personas tanto del ámbito sociosanitario como de la administración pública y del sistema académico que estuvieran vinculadas a la defensa y garantía de los derechos humanos de las mujeres y/o de las personas migrantes; así como aquellas vinculadas al derecho a la salud, los derechos sexuales y los derechos reproductivos en particular (TDR).

En esta sesión, TDD y TDR tuvieron la oportunidad de dialogar horizontalmente con el propósito de realizar una reflexión y análisis crítico sobre aquellas vulneraciones que las mujeres experimentamos en el terreno de la sexualidad por el hecho de ser mujeres y/o ser migrantes en esta ciudad, así como sus explicaciones y sus repercusiones en el derecho a la salud.

Posteriormente, y con un diagnóstico participativo sobre la mesa, se movilizó el compromiso de las personas asistentes para encontrar y comprometerse con líneas de actuación que puedan contribuir a mejorar la situación actual del derecho a la salud afectiva y sexual de las mujeres migrantes en la ciudad de València, desde una mirada de justicia social, derechos humanos, género e interculturalidad.

“Me ha despertado mucho la curiosidad, la necesidad, una necesidad de difundir a otras mujeres, las que están a nuestro alrededor. (...) Poder hablar libremente de esto. Y me ha gustado bastante porque muchas asociaciones que estaban allí, estaban involucradas con todo lo que estábamos hablando y los derechos de las mujeres en especial acerca de nuestra sexualidad. Cómo lo vemos, y cómo nos han inculcado desde pequeñas, a cómo tenemos que ver nuestra sexualidad. Muchas veces la masturbación (...) no se habla los padres con los hijos, y lo sano que es esto para poder conocer nuestro cuerpo, y poder decirle a nuestra pareja qué es lo que nos gusta...” (Susi, campaña de socialización).

Las TDD, con esta última actividad, han consolidado todos los aprendizajes previamente adquiridos en el proyecto. A través de la mesa de concertación, han transmitido sus construcciones, reflexiones y reivindicaciones sobre el derecho a la salud afectiva y sexual a aquellas personas que tienen la oportunidad y la responsabilidad de hacerlo efectivo. Además, se ha incrementado el apoyo mutuo y la articulación de las mujeres participantes como grupo, así como se ha fortalecido su agencia social y colectiva.

“Me gustó mucho el que apoyaran, el que escucharan; algunas incluso se sorprendieran... (...) La falta de información... ¿A mí me hablan de derechos sexuales? Uf, yo no tenía ni idea, y creía que lo sabía. Años de estudios, años de no estudio, da igual. Hay cosas que te enterás, que realmente pecamos de ignorancia porque no nos informan. (...) He aprendido que juntas podemos comprometernos, pero que me gustaría (...) que no se quede ahí, que siga hacia adelante.” (Kathe, campaña de socialización).

Las y los profesionales del sistema sociosanitario, académico y administrativo -como TDR-, han incrementado su información y conocimientos sobre las vulneraciones del derecho a la salud afectiva y sexual que viven las mujeres con las que trabajan. Pero no sólo las vulneraciones, sino también las consecuencias que estas vulneraciones tienen en la salud integral, así como el complejo proceso sociocultural que sostiene y favorece dichas vulneraciones. Además, han podido conocer y empatizar con las vivencias e historias que las mujeres compartieron con ellas y ellos.

Finalmente, con esta actividad, se han dado los primeros pasos para generar una red de personas pertenecientes al tejido sociosanitario y administrativo de la ciudad de València que estén comprometidas con la defensa y la garantía del derecho a la salud afectiva y sexual de las mujeres migrantes de su ciudad. Además, una red que incluya, y ponga en el centro, a las TDD que viven las vulneraciones, y que reclaman actuaciones más articuladas, más eficientes y más humanas, para hacer efectivo este derecho.

“Ver que todas esas organizaciones estaban de nuestro lado (...), todas las personas que estaban allí estaban defendiendo el derecho de que se refuerce la Unidad de la MGF. (...) Y el trabajo de la sexualidad de las mujeres lo mismo. Yo creo que si caminamos juntas así, y cada mujer diga en cualquier rincón del mundo lo que hemos hecho en este día de la concertación, yo creo que llegaremos lejos, porque si decimos todas en voz alta una cosa, seguro que va a llegar a la mesa.” (Aminata, campaña de socialización).

7. Aprendizajes colectivos.

Valores. Aprendizaje emocional:

- Aprender a empatizar.
- Solidaridad, compromiso.
- Autoestima y autoconocimiento.
- Crecimiento personal.
- Nuevas sensaciones a raíz del contacto directo.

Conocimientos. Aprendizajes significativos:

- Aprendizaje de las dinámicas de una mesa de concertación.
- Aprendizaje de conceptos sobre el derecho a la salud sexual y afectiva, género e interculturalidad.
- Aprender a trabajar de manera horizontal e interdisciplinar.
- Consolidar los conocimientos técnicos a través de la práctica.

Conocimientos. Aprendizajes significativos:

- Aprendizajes como titulares de responsabilidades.
- Aprendizajes como titulares de derecho.
- Adaptación a diferentes necesidades y características.
- Empleo de técnicas de educación popular.
- Practicar la resolución activa de problemas.

Capacidades. Comprensión crítica y reflexiva:

- Romper prejuicios, estereotipos y tabús.
- Aprendizaje y concientización social.
- Tomar conciencia del derecho a la salud afectiva y sexual, y sus vulneraciones.
- Tomar conciencia de los determinantes sociales que afecten a las mujeres migrantes de la ciudad de València.
- Enfrentamiento a la posición social que se otorga en función del origen y del género.

Proyecto de:



Colabora:



Financia:

