



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado

**LEY DE DEPENDENCIA: LA
FIGURA DEL ASISTENTE
SEXUAL**

Alumno/a: Lourdes María Robles Gámez

Tutor/a: Susana Ruiz Seisdedos

Dpto.: Derecho Público y Derecho Privado
Especial

Julio, 2020

RESUMEN

El presente trabajo fin de grado tiene como objetivo realizar un acercamiento al concepto de la asistencia sexual en España para personas con diversidad funcional. Para poder lograr este objetivo, se realiza una aportación de las investigaciones y conocimientos de diversos autores, además de una explicación de los tipos de asistentes sexuales que podemos encontrar. En el transcurso de este trabajo se destaca el modelo social de la discapacidad, ya que es el modelo por el cual, a día de hoy, se puede empezar a considerar al asistente sexual como una figura profesional, además se refleja el marco normativo en el que se encuentra la asistencia sexual en algunos países de la Unión Europea.

PALABRAS CLAVE: salud sexual, discapacidad, asistencia sexual, dependencia, asistente sexual y calidad de vida.

ABSTRACT

This final degree project aims to approach the concept of sexual assistance in Spain for people with functional diversity. In order to achieve this objective, a contribution is made from the research and knowledge of various authors, in addition to an explanation of the types of sexual assistants we can find. In the course of this work, the social model of disability stands out, since it is the model by which, today, one can begin to consider the sexual assistant as a professional figure, it also reflects the regulatory framework in which sexual assistance is found in some countries of the European Union.

KEY WORDS: sexual health, disability, sexual assistance, dependency, sexual assistant and quality of life.

Índice

1. Introducción	3
1.1. Objetivos	3
1.2. Metodología	3
2. Aproximación a la atención de personas con dependencia en España	4
2.1. Marco conceptual: ¿dependencia o discapacidad?	4
2.2. Modelos de la discapacidad: el modelo social	7
2.3. Libro Blanco de Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España	11
2.3.1. Grados de dependencia en España	11
2.3.2. Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria	13
3. La asistencia sexual en personas con discapacidad	15
3.1. Calidad de vida y marco normativo	17
3.2. Figura de Antonio Centeno en España	20
3.3. Tipos de asistentes sexuales	23
4. Conclusiones	26
5. Bibliografía	28

1. Introducción

En el transcurso de la humanidad, las personas con discapacidad, según la situación geográfica y la época histórica en la que se encontrasen, han sido vistas socialmente de un modo u otro y atendidas según un modelo centrado en la adaptación de la persona para “ocultar” su discapacidad o en un modelo que considera más propio la adaptación del entorno, para que sus necesidades sean satisfechas. Las personas con diversidad funcional tienen que luchar constantemente para que sus derechos como ciudadanos de plena inclusión se vean reconocidos, para no sufrir ningún tipo de discriminación, tanto a nivel social, laboral, de educación, de salud y, especialmente en esta revisión bibliográfica, en materia de salud sexual. Por lo tanto, este trabajo fin de grado se centra en la figura del asistente sexual. Para ello, se divide en dos grandes apartados. En el primero se hace un breve recorrido histórico para saber los tipos de modelos de discapacidad que ha habido durante la historia, así como saber cuál es la ley que ampara a las personas en situación de dependencia en España. El segundo apartado está orientado a saber qué es la asistencia sexual, los tipos de asistentes sexuales que hay, así como la diferencia que se establece entre un/a asistente sexual con un/a asistente personal y un/a trabajador/a sexual y el amparo que tiene esta profesión a nivel gubernamental. Además, se destaca la figura de Antonio Centeno, ya que es un referente de este ámbito.

1.1.Objetivos

El objetivo general del presente trabajo fin de grado es analizar la finalidad y utilidad de la asistencia sexual en España.

Como objetivos específicos se plantean:

- ✓ Conocer las definiciones e investigaciones que diversos autores han aportado al concepto de la asistencia sexual
- ✓ Analizar los distintos tipos de asistentes sexuales
- ✓ Averiguar el marco normativo en el que se ampara actualmente la asistencia sexual

1.2. Metodología

Dicho trabajo de fin de grado tiene como metodología la recopilación de información de fuentes primarias y secundarias, con el fin de realizar una revisión bibliográfica. Para la realización de este método se ha empleado una búsqueda de artículos académicos en Google

Académico, así como una investigación de cuáles son las diferentes asociaciones españolas y autores que tratan el tema de la asistencia sexual.

2. Aproximación a la atención de personas con dependencia en España

La publicación de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia, conocida como Ley de Dependencia, supuso un episodio de cambio fundamental en las políticas sociales de atención a personas en situación de dependencia. Atendiendo a Marbán (2012, p. 376), “con la LAPAD se desarrolla un derecho universal subjetivo para todos los individuos que, independientemente de la edad, acrediten su residencia de forma estable y que presenten uno de los grados de dependencia contemplados en la ley”.

Tal es la importancia de la citada Ley, que a raíz de su creación surgió el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), siendo el “cuarto pilar del Estado de Bienestar”, formado por las políticas de cuidado hacia las personas mayores dependientes y a la infancia.

La Organización Mundial de la Salud (1980), definió la situación de dependencia como la restricción o ausencia de la capacidad de realizar alguna actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal. “En España, según el informe EDDDES 99, residen más de 1.125.000 personas en situación de dependencia, sea ésta gran dependencia, severa, o moderada” (De Lorenzo y Martínez, 2006, p. 51).

Según el Libro Blanco de Atención a la Dependencia (2004), debemos cuidar a las personas que son particularmente vulnerables, ya que necesitan apoyo para poder ejercer su ciudadanía, obtener bienes sociales y atención, de lo contrario no podrán llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y aquellas actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Entendemos por ABVD a aquellas actividades que se consideran imprescindibles para poder subsistir de una forma independiente, incluyendo actividades de autocuidado y de funcionamiento básico físico. Más adelante, en el apartado 2.3 veremos con más detalle qué es el Libro Blanco de Atención a la Dependencia y en el apartado 2.3.3 se reflejará con más exactitud que son las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

2.1.Marco conceptual: ¿dependencia o discapacidad?

Los conceptos de dependencia y de discapacidad son dos términos que han estado íntimamente ligados. Sin embargo, es conveniente no confundirlos ya que son conceptos

totalmente diferentes. La dependencia hace referencia al estado en que se encuentra una persona que necesita ayuda para realizar las actividades diarias. Querejeta (2014, p. 26) considera que

“en la actualidad se tiende a usar la palabra “dependiente” de una forma genérica o global, aunque en realidad en la mayoría de los casos, se trata de referirse a un tipo de dependencia particular, la dependencia para el autocuidado. Y concretando aún más: a una persona que, como consecuencia de su senilidad o enfermedades propias de la edad, presenta una limitación grave o completa, permanente o progresiva, para la realización de las actividades de autocuidado y de movilidad”.

Por otro lado, la discapacidad es entendida como una interacción entre la persona y el entorno. Querejeta (2014, p. 12) entiende que la discapacidad

“es un término genérico que incluye deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre el individuo (con una determinada “condición de salud”) y sus factores contextuales (socio/ambientales)”.

La siguiente tabla “sintetiza los grandes marcos conceptuales de la discapacidad y el acunamiento de términos” (Abellán e Hidalgo, 2011, p.2).

Tabla 1. Terminología y definiciones de discapacidad.

Nagi, 1976 y 1991	Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM). OMS, 1980	Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). OMS, 2001
Patología activa <i>Interrupción o interferencia con procesos normales</i>	Enfermedad o trastorno	Condiciones de salud <i>Enfermedades, desórdenes, lesiones</i>
Deficiencia <i>Anomalía de naturaleza anatómica, fisiológica, mental o emocional</i>	Deficiencia <i>Pérdida o anomalía de una estructura o función anatómica, fisiológica, psicológica</i>	Estructuras y funciones corporales <i>Partes anatómicas y funciones fisiológicas del cuerpo; integridad (aspecto positivo)</i> Deficiencia <i>Problemas en las estructuras o funciones corporales (aspecto negativo)</i>
Limitación funcional <i>Limitación en la realización de una acción a nivel del organismo como un conjunto o de la persona</i>	Discapacidad <i>Restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma que se considera normal para una persona</i>	Actividad <i>Realización de una tarea o acción por una persona (aspecto positivo)</i> Limitación en la actividad <i>Dificultades que una persona puede experimentar en la realización de una actividad (aspecto negativo)</i>
Discapacidad <i>Limitación en la realización de papeles y tareas socialmente definidos, esperados de un individuo dentro de un entorno físico y sociocultural determinado</i>	Minusvalía <i>Situación de desventaja de una persona que limita o impide el desempeño de un papel que es normal en su caso</i>	Participación <i>Acto de involucrarse en una situación vital (aspecto positivo)</i> Restricción en la participación <i>Problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales (aspecto negativo)</i>
		Discapacidad: <i>Concepto que engloba deficiencia, limitación en la actividad y restricción en la participación</i>

Fuente: Abellán e Hidalgo, 2011

Por otro lado, es conveniente destacar el concepto deficiencia, debido a que, como se ha mencionado antes, la discapacidad incluye deficiencias. Querejeta (2014, p. 13) define la deficiencia como

“la anormalidad o pérdida de una estructura o de una función corporal. En la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) mantiene el mismo significado que el que le dio la OMS en 1980. Representa la perspectiva del cuerpo respecto a la discapacidad”.

Querejeta (2014, p. 13), considera que los principales errores terminológicos y conceptuales entre discapacidad y dependencia son los siguientes:

- “No se identifica claramente la relación de la dependencia con la discapacidad.
- Se considera que los problemas relacionados con la discapacidad y los problemas relacionados con el envejecimiento son distintos.
- Se tiende a considerar la dependencia como un hecho estático, lineal o progresivo propio de la vejez.
- Se suele ligar la dependencia con la supuesta dificultad para la realización de unas confusas ABVD.
- Se tiende a contraponer en terminologías oficiales, la calificación de dependiente a la de válido o autónomo.
- Se tiende a considerar como equivalentes la medición de la dependencia con la medición de las cargas de trabajo o de los cuidados a largo plazo.”

2.2. Modelos de la discapacidad: el modelo social

Es conveniente hacer un análisis de los modelos que han ido surgiendo a lo largo de la historia ya que el tema central de este Trabajo Fin de Grado, la asistencia sexual, se sustenta en el modelo social. Tanto el modelo de la prescindencia, como el modelo médico – rehabilitador, siguen una línea basada en un sistema patriarcal. En el modelo de la prescindencia, las personas con discapacidad no tenían cabida en la sociedad y el modelo médico - rehabilitador está enfocado a esconder las “diferencias” que presentan las personas con diversidad funcional. Es gracias al modelo social por lo que actualmente se puede considerar la función de la asistencia sexual en personas con diversidad funcional. A continuación, se detalla con más exactitud el objetivo y la finalidad que presenta cada modelo.

El concepto de discapacidad ha tenido diferentes enfoques dependiendo del momento histórico en el que se encuentre. Además, en su concepción también influye la ubicación geográfica, ya que dependiendo de una zona u otra se actuará de distinto modo ante esta necesidad. Ubicamos los modelos de la discapacidad en tres periodos históricos: el modelo de la prescindencia, modelo médico – rehabilitador y el modelo social.

El modelo de la prescindencia podemos ubicarlo entre la antigüedad y la Edad Media y según Velarde (2011, p.117):

“la actitud más común hacia la discapacidad era la prescindencia. Ya sea por haber recibido un castigo de los dioses o bien por considerarse que las personas con

discapacidad no tenían nada que aportar a la comunidad, se asumía que sus vidas carecían de sentido y que, por lo tanto, no valía la pena que vivieran.”

De esta forma, Velarde (2011), establece que la prescindencia tiene dos submodelos: la eugenesia y la marginación. Esto corresponde a que cuando un/a niño/a nace con algún tipo de discapacidad, la sociedad toma la medida de separarlo de la sociedad (marginación) o de quitarles la vida (eugenesia).

En este modelo se plantearon una serie de hipótesis para explicar por qué una persona nacía con algún tipo de discapacidad y la aportación que podía darle a su comunidad. Palacios (2008, citada en Velarde, 2011, p.117) decía que

“este modelo se explica a partir de dos presupuestos, uno relacionado con la causa de la discapacidad y otro con el rol del discapacitado en la sociedad. Respecto del primero, propone que las causas que daban origen a la discapacidad eran religiosas. A saber, un castigo de los dioses por un pecado cometido generalmente por los padres de la persona con discapacidad, o bien una advertencia de la divinidad que, a través de una malformación congénita, podía estar anunciando que la alianza ancestral se había roto y que se avecinaba una catástrofe. En cuanto al segundo presupuesto, que identificaba el rol de la persona con su utilidad, partía de la idea de que el discapacitado no tenía nada que aportar a la sociedad, que era un ser improductivo y, por consiguiente, terminaba transformándose en una carga tanto para sus padres como para la misma comunidad”.

A principios del siglo XX, a raíz de la Primera Guerra Mundial, surge el modelo médico – rehabilitador. Dicho modelo tiene como finalidad curar la discapacidad o tratar a la persona para que se adapte a su entorno.

Según Ferreira (2010, citado en Pérez y Chhabra, 2019, p. 10) considera que “la discapacidad es sinónimo de tener un cuerpo defectuoso, impedimento o deficiencia que condiciona y restringe la experiencia vital de la persona con discapacidad”. El modelo médico - rehabilitador se basa en la idea de que “los problemas y dificultades que sufren las personas con discapacidad están directamente relacionados con su impedimento físico, sensorial o intelectual” (Degener 2002, citado en en Pérez y Chhabra, 2019, p. 10)

Entendiéndolo de este modo, ambos modelos son vistos desde una perspectiva individual; en el modelo de la prescindencia la discapacidad es vista desde un punto religioso y en el modelo médico – rehabilitador se trata o corrige con un tratamiento. La siguiente tabla

establece la comparativa entre ambos modelos paternalistas reflejando lo anteriormente citado:

Tabla 2. Comparación de los modelos prescindencia y médico - rehabilitador.

Comparación de los modelos individualistas	La discapacidad como condición tradicional, moral o religiosa	La discapacidad como condición médica, rehabilitadora o individual
Significado	La discapacidad es vista como un defecto causado por un fallo moral o un pecado. Incluye el mito de que, cuando un sentido se ve perjudicado por la discapacidad, otro se intensifica.	La discapacidad es un problema médico que reside en el individuo: un defecto o falla del sistema corporal que es intrínsecamente anormal y patológico. El impedimento y la discapacidad se combinan.
Implicación moral	Es una vergüenza para la persona con discapacidad y su familia. La familia debe soportar la naturaleza inmoral que conlleva la presencia de un miembro de la familia con discapacidad.	Rechaza la visión de la discapacidad como una lesión en el alma, pero puede culpar a la persona o la familia por los hábitos de atención médica (por ejemplo, la personalidad tipo A conduce al ataque cardíaco) y promulga la visión de la discapacidad como una tragedia personal.
Ejemplo	'Dios nos da lo que podemos soportar'.	Los pacientes se describen clínicamente (por ejemplo, el paciente sufre de Trisomía, Síndrome de Down o tiene una lesión en el nivel C4). La persona con discapacidad es vista como atípica, anormal y patológica.
Origen	Es el modelo más antiguo de todos y sigue siendo el más frecuente en todo el mundo.	A mediados de 1800 en adelante. Supone el origen de la mayoría de las instituciones y revistas de rehabilitación de los países ricos.
Objetivos de intervención	Espiritual divina o aceptación. Aumento de la fe y la tolerancia. Encontrar significado y propósito en la aflicción.	Se espera que los pacientes o clientes utilicen los servicios ofrecidos por los profesionales entrenados con la promesa de curación (la mejora de la condición física en la mayor medida posible), rehabilitación (el ajuste de la persona a su condición) o adaptación (ajuste a la vida como persona con discapacidad).
Beneficios del modelo	La aceptación de ser 'elegido' para tener una discapacidad, sentir una relación con Dios, tener un mayor sentido de propósito. Algunos impedimentos se entienden como evidencia de encarnación espiritual.	Promueve la fe en la intervención médica y ofrece una etiqueta como explicación. Los avances médicos y tecnológicos como servicios clave del estado de bienestar han mejorado las vidas de las personas con discapacidad.
Efectos negativos	Ser excluido de la familia y la comunidad, sentimiento de vergüenza, tener que ocultar los síntomas de discapacidad. La discapacidad expone las vidas pecaminosas (pasadas y presentes) de la familia.	Paternalismo, patologización y promoción de la benevolencia. Promueve el empleo de personas externas y servicios para las personas con discapacidad, quienes no son incluidas en los procesos.

Fuente: Revista Española de Discapacidad, 2019

El modelo social tiene su origen en el Movimiento de Vida Independiente, que nació en Estados Unidos a finales de los años 60 del siglo pasado. Este movimiento es promovido por las propias personas con discapacidad y sus familiares, pidiendo un reconocimiento a sus derechos como ciudadanos de plena inclusión.

A diferencia del modelo médico, que se centra en la discapacidad como problema del individuo, el modelo social centra su atención en que es la sociedad la que necesita ser adaptada. Es un modelo de derechos humanos centrado en la dignidad del ser humano (Pérez Bueno, 2010, citado en Victoria, 2013, p.1100).

La conceptualización social que tienen las personas de la discapacidad es por culpa del Estado, por lo tanto, es el Estado el que tiene que asegurar y garantizar la igualdad de derechos y oportunidades en las personas con discapacidad. Según Muñoz (2006, citada en Victoria, 2013, p.1101), el modelo social caracteriza a la persona con discapacidad a partir de:

“a) el cuerpo, más que identificar qué tan completo está anatómicamente y qué tan cerca funcione de acuerdo con la norma, las personas que optan por poner en práctica este modelo se concentra en descubrir las habilidades y las capacidades que este individuo ha desarrollado con el cuerpo que posee, para luego, a través de procedimientos sistemáticos, potenciarlas; b) el entorno inmediato (la familia), se tiene en cuenta el proceso por el cual pasan sus miembros al recibir la noticia de que uno de ellos ha sufrido una lesión o dificultad que desembocará en una discapacidad. Según cómo evolucione ese proceso, los miembros de su familia construirán un concepto de su familiar, y justamente este concepto facilitará o entorpecerá el desarrollo de habilidades y capacidades que intervendrán de manera directa en su mayor o menor integración, primero en la familia y luego en los otros entornos. Aquí cobra importancia el proceso socializador, pues se parte del supuesto de que es éste el que puede facilitar o entorpecer la integración de las personas con discapacidad, dependiendo de las ideas, sentimientos e imágenes que cada miembro de la familia tenga sobre la discapacidad y de las prácticas sociales que desarrollen para lograr el equilibrio, y c) el medio, como portador de oportunidades en términos de la equidad y de la eliminación de barreras, o como portador de riesgos, para realizar acciones de prevención de la discapacidad”.

La diferenciación realizada anteriormente entre el concepto de deficiencia y discapacidad, permitió realizar el modelo social, ya que estamos hablando de barreras impuestas socialmente hacia las personas con discapacidad. Si en el modelo médico – rehabilitador la discapacidad es una patología individual, en el modelo social la discapacidad nos muestra las relaciones de poder (Palacios, 2008, p. 123).

Esta diferenciación se ejemplifica con la frase de Jenny Morris. Morris (1991, citada en Palacios, 2008, p.123) recalca que “una incapacidad para caminar es una deficiencia, mientras que una incapacidad para entrar a un edificio debido a que la entrada consiste en una serie de escalones es una discapacidad”. Con esta frase podemos observar claramente como una es de carácter físico y la otra se puede solucionar con la adaptación del entorno.

2.3. Libro Blanco de Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España

Como se ha mencionado anteriormente, debemos cuidar a las personas que son particularmente vulnerables, por lo tanto, la Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad se encargó, bajo petición del gobierno español, de la elaboración del Libro Blanco de la Dependencia en España como paso previo para la creación de un Sistema Nacional de Atención a las Personas Dependientes.

El Libro Blanco de Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España (2004, p. 1) refleja que

“es un esfuerzo imprescindible a la hora de afrontar la serie de decisiones políticas que van a permitirnos resolver el problema de la protección de todas las personas que, por razones ligadas a la falta o la pérdida de la autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y ayudas importantes para realizar los actos corrientes de la vida diaria”.

Podemos hablar de situación de dependencia cuando ocurran estos factores (Libro Blanco, 2004, p.4):

1. “La existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona,
2. la incapacidad de la persona para realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria,
3. la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.”

En los siguientes apartados se destacará, cuáles son los grados de dependencia que puede presentar una persona con discapacidad y qué se considera por actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

2.3.1. Grados de dependencia en España

El Libro Blanco de Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España (2004, pp. 74-75) detalla que la dependencia está clasificada en tres grados:

- **Grado 1 (dependencia moderada):** Cuando la persona necesita ayuda para realizar una o varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día. Las personas que, sin tener una discapacidad en grado severo o total para las actividades básicas de la vida diaria, tienen necesidad de ayuda para realizar tareas domésticas y/o discapacidad moderada en áreas de autocuidado, movilidad,

alimentación y funcionamiento mental básico, se han distribuido en dos grupos, de las siguientes características:

- Grupo A: Personas con discapacidad moderada para alguna actividad básica de la vida diaria que no necesitan ayuda diariamente.
- Grupo B: Personas con discapacidad para alguna actividad instrumental de la vida diaria (movilidad fuera del hogar y tareas domésticas) que no tienen discapacidad para ninguna actividad básica.
- **Grado 2 (dependencia severa):** Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.
- **Grado 3 (gran dependencia):** Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia indispensable y continua de otra persona.

En la siguiente tabla se refleja el número de personas dependientes en España en un intervalo de 5 años, comenzando en 2005 hasta la actualidad:

Tabla 3. Proyección del número de personas dependientes para las ABVD por grados de dependencia (2005-2020).

	2005	2010	2015	2020
Personas dependientes				
Grado 3				
(Gran dependencia)	194.508	223.457	252.345	277.884
Grado 2				
(Dependencia severa)	370.603	420.336	472.461	521.065
Grado 1				
(Dependencia moderada)	560.080	602.636	648.442	697.277
Total	1.125.190	1.246.429	1.373.248	1.496.226

Fuente: Libro Blanco sobre atención a las personas en situación de dependencia en España, 2004.

Como se puede observar, va aumentando el número de personas dependientes según la proyección propuesta por el Libro Blanco. En el año 2005 había un total de 1.125.190 y la proyección propuesta para el año 2020 se acerca al 1.500.000 de personas.

2.3.2. Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria

Entendemos por actividades básicas de la vida diaria (ABVD) aquellas que están relacionadas con la supervivencia. Son básicas porque son instintivas a la condición humana. Romero (2007, p. 268) considera que las ABVD se caracterizan por “ser universales, automatizándose su ejecución tempranamente (alrededor de los 6 años), con el fin de lograr la independencia personal. Dentro de las ABVD se incluyen la alimentación, el aseo, baño, vestido, movilidad personal, sueño y descanso”.

Como dice Moruno (2003, citado en Romero, 2007, p.268),

“una función social básica, puesto que son indispensables para ser admitido y reconocido como un miembro perteneciente a una determinada comunidad. Es decir, constituyen el soporte mínimo para que se dé una integración social básica, permitiendo a cada sujeto realizar actividades que lo incorporan a lo social y, a la vez, se conforman en insignias que permiten reconocer a un individuo como perteneciente a una determinada cultura y sociedad”.

Por el contrario, las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) están relacionadas con el entorno. Son un medio para obtener o realizar otra acción y suponen mayor dificultad en cuanto a su realización. (Romero, 2007, p. 268).

En la siguiente figura se detalla cuáles son las actividades consideradas como básicas e instrumentales:

Figura 1. Actividades de la vida diaria: básicas e instrumentales.



Fuente: elaboración propia, a partir de datos obtenidos en <https://www.plenainclusion.org/>

Es importante destacar qué son las actividades de la vida diaria, ya que, actualmente, una persona con diversidad funcional, que no es capaz de realizar completa o parcialmente dichas actividades, puede conseguir su desarrollo personal y, por lo tanto, la realización de éstas, por medio de un/a auxiliar de ayuda a domicilio. A continuación, veremos con detalle el concepto de la asistencia sexual y los tipos de asistentes sexuales, además se refleja el por qué deben ser reconocidos socialmente como profesionales, al igual que los/as auxiliares de ayuda a domicilio.

3. La asistencia sexual en personas con discapacidad

En primer lugar, destacar que la asistencia sexual no es un tema del que haya mucha información, sin embargo, los/as autores/as más reconocidos/as en este ámbito son Arnau, Centeno y Navarro Casado. Para Arnau (2013, p.11) la asistencia sexual es

“una herramienta humana que pretende ser válida para afianzar el Derecho a una Vida Independiente en materia de Sexualidad. La Asistencia Sexual, por tanto, es un medio. El fin es el Derecho a una vida independiente, en este caso, en materia de sexualidad que cada persona, supuestamente con diversidad funcional, tiene derecho a tener reconocido. A esta figura se debe acceder de manera voluntaria, preservando el consentimiento libre e informado de la persona con diversidad funcional que pueda recibir sus servicios. Se constituye, en definitiva, como una necesidad básica de segundo orden”.

Un referente de este ámbito es Antonio Centeno. La asistencia sexual es según Centeno (2014, citado en Arnau, 201, p. 23), “el espacio de intersección de la asistencia personal (materializa el derecho al acceso al propio cuerpo) y del trabajo sexual (se obtiene placer sexual a cambio de dinero)”.

Navarro Casado (2014, citado en Arnau, 2017, p. 24), considera que “el derecho al propio cuerpo está reconocido internacionalmente como un derecho fundamental subjetivo. En el ámbito los derechos fundamentales, pertenecería al grupo de los derechos personales configurados según su contenido material. Los derechos de la personalidad son aquellos que hacen referencia al individuo y a su configuración como tal. Por lo tanto, una de las interpretaciones del derecho al propio cuerpo es la materialización de la personalidad mediante el acceso, exploración, preparación y actividad sexual. En este caso, se debe garantizar a las personas con discapacidad una figura específica que materialice este derecho para que puedan hacer uso del mismo. Esta figura es suplida en los aspectos de la convivencia habitual por la asistencia personal, pero a causa de este nuevo requerimiento la figura debe mutar y transformarse en algo más. Estas necesidades no pueden entenderse simplemente como un derecho al coito o al sexo oral; el sexo es algo diferente, aunque conectado.”

En varios países la asistencia sexual es considerada como una profesión, mientras que en otros es un tema que genera rechazo. En España, la asistencia sexual se mueve en un marco de alegalidad y concretamente, en países como Alemania, Suiza o Dinamarca, la asistencia sexual ya es una realidad que lleva muchos años siendo visible (Arnau, 2017).

Navarro Casado (2014, p.7) destaca como Suiza es el país que ha regulado completamente la asistencia sexual gracias a la creación de empresas que se dedican a este

sector. Se configura, de este modo, “un modelo intervencionista en el cual se acuerda un encuentro periódico, es necesario que los asistentes tengan un certificado de capacitación (una diplomatura universitaria relacionada con el ámbito de las ciencias médicas) y su actuación está remunerada”.

En la tabla que se presenta a continuación, queda reflejado el marco normativo que tienen los diferentes países de Europa en materia de asistencia sexual.

Tabla 4. Comparativa en la forma de nombrar, en las organizaciones que trabajan en la lucha por el reconocimiento y en los marcos normativos de distintos países europeos en torno a la figura del/de la asistente o acompañante sexual.

	Formas de nombrar	Lugar por el reconocimiento	Marcos normativos
Bélgica	Asistencia sexual	2008 – presente: Aditi.	En proceso de legalización la figura de la asistencia sexual en la Bélgica flamenca. Se lo desliga del trabajo sexual, el cual es ilegal en este país.
España	Asistencia sexual Acompañamiento íntimo y erótico	2000 – presente: Foro de Vida Independiente y Diversidad 2013 – presente: organizaciones distintas de la temática: Tus manos mis manos Tandem Team	No se ha legalizado este rol y figura. Algunos plantean que este rol es similar al trabajo sexual y otros se oponen radicalmente, siendo “alegal” el trabajo sexual en este país.
Francia	Asistencia sexual Acompañamiento sexual	2007: Colectivo discapacidades y sexualidades. 2012: sesión N° 118 del 4 de octubre para reconocimiento de este rol y figura.	Más allá de llevarse al Parlamento la temática, se resolvió que no se legalizaría. La mayoría de los discursos lo ubican como trabajo sexual, el cual es ilegal en este país, donde se sanciona a quien lo consume, no al/a la trabajador/a.
Holanda	Asistencia sexual	1992: Comienzan las primeras luchas singularizadas por el reconocimiento del derecho a la sexualidad. Poco se ha luchado para una conquista colectiva en torno a este rol y figura, no identificando sus diferencias con el trabajo sexual ya reglamentado.	No se ha planteado la legalización de este rol y figura en tanto utilizan el trabajo sexual y su marco normativo (legalizado) como encuadre.
Inglaterra	Asistencia sexual	1979 – presente: Outsiders Club. 2001 – presente: TLC Trust.	No ha habido específicamente luchas por el reconocimiento para llevar esta temática a lo normativo. El trabajo sexual es ilegal en el país.
Suiza	Asistencia sexual	2000 – presente: Asociación Sexualidad y discapacidad plural 2013 – presente: Cuerpos solidarios.	Asistencia sexual reconocida normativamente en el cantón de Ginebra.

			El resto del país lo toma como trabajo sexual, lo cual es legal a nivel nacional.
--	--	--	---

Fuente: Arnau, 2019, p.149

A continuación, en el punto siguiente, se detalla con más exactitud el marco normativo que hay en España para hacer referencia a la asistencia sexual en personas con diversidad funcional.

3.1. Calidad de vida y marco normativo

El concepto de calidad de vida según Schalock y Verdugo (2013) se entiende como un estado ideal de bienestar personal, que se compone de varios aspectos principales afectados por factores personales y ambientales. Estas dimensiones centrales son las mismas para todos, pero pueden diferir en importancia y valor. La evaluación de las dimensiones se basa en indicadores que son sensibles a la cultura y el medio ambiente aplicados.

Según Schalock y Verdugo (2002, citado en De La Cruz et al., 2017, p. 16) “el modelo de calidad de vida consiste en:

- Bienestar emocional
- Relaciones interpersonales
- Bienestar material
- Desarrollo personal
- Bienestar físico
- Autodeterminación
- Inclusión social
- Derechos”

Respecto a este modelo de calidad de vida, De La Cruz (2017, p. 16) opina que “atender, educar y prestar apoyos a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo es una cuestión de ética, calidad de vida y de salud”.

Por lo tanto, es esencial atender a las personas con discapacidad en cuestión de materia sexual, ya que, en mi opinión, la sexualidad se ve reflejada tanto en el bienestar emocional, como en las relaciones interpersonales, desarrollo personal, bienestar físico, inclusión social y, sobre todo, en los derechos como ciudadanos.

En el documento de la Declaración Universal de los Derechos Sexuales (1997, p.1) se establece que los derechos sexuales son

“derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos. Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico. Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades, los derechos sexuales siguientes deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades de todas las maneras. La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce estos derechos sexuales:

1. El derecho a la libertad sexual
2. El derecho a la autonomía sexual, integridad sexual y seguridad sexual
3. El derecho a la privacidad sexual
4. El derecho a la equidad sexual
5. El derecho al placer sexual
6. El derecho a la expresión sexual emocional
7. El derecho a la libre asociación sexual
8. El derecho a hacer opciones reproductivas libres y responsables
9. El derecho a la información basada en el conocimiento científico
10. El derecho a la educación sexual comprensiva
11. El derecho al cuidado de la salud sexual

Por lo tanto, prestar apoyos a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo es una cuestión de Derechos”.

Además, según el documento de la Convención de los derechos de las personas con discapacidad (2006, pp. 12, 15, 17 y 20) se destaca en el artículo 12, que las personas con discapacidad tienen un igual reconocimiento como persona ante la ley, citando textualmente: “Los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida”. En el artículo 19 se refleja que tienen derecho a estar incluidos/as en la comunidad, reflejando de este modo que “las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta”. La asistencia sexual no está recogida expresamente, pero se considera incluida dentro del concepto de bienestar.

Como se ha citado anteriormente, la asistencia sexual en España se mueve en un marco de ilegalidad, y por todo lo expuesto se crea una necesidad para que las personas con diversidad funcional puedan disponer de ella libremente.

La sexualidad en las personas con diversidad funcional no solamente influye en su desarrollo personal y bienestar emocional. El hecho de que dicho colectivo pueda tener una sexualidad plena y satisfactoria consiste en referirnos nuevamente a una cuestión de derechos, concretamente, a su derecho a ser ciudadanos de plena inclusión. Por lo tanto, es fundamental conocer la normativa que ampara el derecho a la sexualidad en las personas con algún tipo de discapacidad.

Por lo tanto, Míguez (2019, p.144) recalca que “quienes abogan por el reconocimiento normativo del acompañamiento sexual, plantean que las personas en situación de discapacidad deben tener la oportunidad de conocer(se) en su sexualidad en igualdad de condiciones que el resto de la sociedad”.

Si hablamos del reconocimiento de la asistencia sexual en España, es fundamental atender al modelo social de la discapacidad y a sus promotores. Atendiendo a Centeno (2014, citado en Arnau, 2019, p. 141), las conquistas del Foro de Vida Independiente han sido claras. Mucho ha cambiado la mirada y las acciones en torno a la diversidad funcional en España en los últimos años. Es cierto que se debe destacar que, gracias al lanzamiento del Foro de Vida Independiente y Divertad, se ha visibilizado más la situación de las personas con discapacidad, sin embargo, la asistencia sexual se mueve en un ámbito ilegal en España y gracias a entidades y ONG las personas con discapacidad pueden tener asistencia sexual.

Debido a esta situación de ilegalidad de la asistencia sexual en España, surgen varias opiniones que se contraponen:

Según Rafael Reoyo, académico y activista, “los marcos normativos pueden constreñir y utilizarse mal, más que nada porque protocoliza la sexualidad. Tiene que haber libertad para ejercer la sexualidad”. Por el contrario, según Antonio Centeno “en España no es legal, eso ayudaría mucho ya que enmarca y genera derechos y obligaciones. Uno tiene a quien recurrir en caso de que no se cumpla con lo acordado” (Arnau, 2019, p. 147).

Podemos observar cómo a día de hoy la asistencia sexual en España es un tema que genera debate, surgiendo de este modo opiniones sobre la normativa que debería de tener.

Sin embargo, como se ha mencionado antes, se han conseguido grandes avances en lo que respecta a este colectivo.

Con estos avances que ha tenido España, me gustaría destacar que, con el apoyo de la sociedad, se pueden ir consiguiendo una evolución, como puede ser el ejemplo de Francia. En países como Francia, la figura del asistente sexual era algo impensable hasta hace poco tiempo debido a que la asociaban con el trabajo sexual. Francia cuenta con el CCNE (Comité Consultatif National D'Ethique), que es un órgano consultivo que tiene como misión dictar sentencias sobre cuestiones de sociedad y dilemas éticos y según Míguez (2019, p. 141), el CCNE dictó una sentencia negativa en 2012 sobre la creación del Estatuto Administrativo para la asistencia sexual: «No es posible dar a la ayuda sexual un estatuto profesional como cualquier otro, por respeto al principio de la no utilización mercantil del cuerpo humano».

Tal como plantea Corbet (2014, citado en Arnau, 2019, p. 146), el acompañamiento sexual continúa siendo una profesión muy marginalizada y tabú en Francia, asociándola aún a la prostitución. En este país, la prostitución sanciona a quien solicita el servicio, no a quien ejerce el trabajo sexual.

Sin embargo, a día de hoy, Francia está en un proceso consultivo sobre la posible creación del estatuto administrativo para la asistencia, a personas con discapacidad, por parte de los/as asistentes sexuales. Aparentemente, parece que hay un apoyo mayor por parte de la población francesa en lo que respecta a la existencia de esta profesión de forma legalizada (Bassets, 2020).

Francia puede considerar o no como válidas las sentencias del CCNE, sin embargo, actualmente, consideran muy importantes las recomendaciones y sentencias que realizan. Por lo tanto, el gobierno francés ha vuelto a consultar al CCNE, pero en esta situación, ha alegado el punto de que, la asistencia sexual tiene la aprobación de la sociedad francesa y que ese estatuto ya está en otros países legalizado.

3.2. Figura de Antonio Centeno en España

Antonio Centeno Ortiz es un referente de la asistencia sexual, por lo tanto, es imprescindible mencionarlo. Antonio Centeno padece tetraplejia desde los 13 años y las diversas barreras sociales que ha ido teniendo a lo largo de su vida le han impulsado a ser miembro del Foro de Vida Independiente y Divertad¹ (FDVID), además de ser uno de los

¹ La palabra Divertad es una palabra inventada resultado de la unión de Dignidad y Libertad.

fundadores de la Oficina de Vida Independiente (OVI) y responsable del proyecto “*Tus manos, mis manos*”. Dicho proyecto se centra en la asistencia sexual para las personas con diversidad funcional y se encuentra en la página web “asistenciasexual.org”. El fin de “*Tus manos, mis manos*” es el de hacer visible que, la asistencia sexual es un apoyo para poder acceder al propio cuerpo y que esto es un derecho de las personas.

Al referirse al término *asistente sexual*, habla de una doble dualidad; por un lado, destaca la profesión de Asistencia Personal y, por otro lado, el Trabajo Sexual (empoderado).

Centeno (2016, citado en Arnau, 2017, p. 27), refleja que pueden ser complementarias tanto la figura del asistente sexual, como la prostitución empoderada. Refiriendo de este modo: “Si la asistencia sexual empodera rompiendo la barrera de acceder sexualmente al propio cuerpo, la prostitución inclusiva empodera facilitando la experimentación, el juego y el gozo de compartir sexo con otros cuerpos.”

Además, ha impulsado proyectos audiovisuales como “Trevols de 4 fulles” (2018), ha participado como actor en la película “Vivir y otras ficciones” (2016), como director del documental “Yes, we fuck” (2015) y como redactor de artículos de opinión en “Derechos humanos ¡ya!”.

Me gustaría destacar el mencionado documental “**Yes, we fuck**”, debido a que se abordan temas importantes para analizar la opinión de la sociedad respecto a la asistencia sexual en las personas con diversidad funcional. En dicho documental, Antonio Centeno, de la mano de Raúl de la Morena, visibilizan varios testimonios de personas con diversidad funcional, familiares, asistentes sexuales, asistentes personales y trabajadores sexuales. En primer lugar, con la intervención de los asistentes sexuales y de las personas con diversidad funcional, se quiere hacer ver que la sociedad dicta la manera que tiene que tener una mujer para comportarse (por el hecho de nacer con órganos reproductores femeninos) y un hombre (por nacer con órganos reproductores masculinos). El documental hace referencia como la sexualidad debe de ir más allá de considerar los genitales de las personas solamente como zonas reproductivas. El mercado de la pornografía ha influido a la hora de que la sociedad tenga este concepto, ya que idealizan unos cuerpos, considerándolos más valiosos que otros, en base a unas capacidades consideradas más importantes que otras; “si eres un cuerpo productivo, eres un cuerpo valioso”, afirma una de las protagonistas del documental con diversidad funcional. El concepto de cuerpo productivo hace referencia a que una persona posea un cuerpo socialmente considerado deseable, para poder generar placer, es decir, una persona que presenta diversidad funcional no se considera que tenga un cuerpo productivo. El deseo es algo construido, si la sociedad realiza un dictamen de que lo deseable es un

cuerpo determinado o que una postura o un acto coital tradicional es lo que genera placer, la sociedad y todos los individuos lo interiorizan y lo consideran válido.

En segundo lugar, se aborda la opinión de una trabajadora sexual, Linda. Ella recalca que trabaja en esa profesión por dos motivos fundamentales; el primero es por cuestión económica y el segundo por un motivo personal. Además de que le gusta su trabajo, considera que es un trabajo que la empodera, ya que el sexo es una gran arma de libertad. Linda (2015) cita textualmente en el documental “Yes, we fuck”, que “cuando una persona sexualmente es libre y hace con su sexualidad lo que le place, es una persona que está difícilmente atada a concepciones y cosas convencionales”. Ella aboga por la libertad de hacer lo que queramos con nuestros cuerpos.

En tercer lugar, se debe destacar los testimonios que realizan distintos/as padres y madres sobre la sexualidad de sus hijos e hijas, ya que es un tema que genera mucho debate. Encontramos una contraposición de ideas de la sexualidad reproductiva de las personas con discapacidad, ya que algunos familiares si están a favor de una sexualidad plena para sus hijos/as y, por el contrario, otros opinan que hay que separar la sexualidad de la reproducción. Este debate que surge en el documental no es un tema aislado. Actualmente las niñas y adolescentes tienen más probabilidades de sufrir una esterilización antes que los varones, se produce, de este modo, una doble discriminación, por el hecho de ser mujer y por ser una persona con diversidad funcional. Según Open Society Foundations (2011, citado en el informe CERMI, 2017, p.8), el Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas ha reconocido que

“la esterilización forzosa de las niñas con discapacidad constituye una forma de violencia. El “interés superior del niño” no puede utilizarse para justificar prácticas que entren en conflicto con la dignidad humana del niño y su derecho a la integridad física”.

Actualmente en España la esterilización forzosa sigue practicándose en niñas y mujeres con discapacidad, aumentando los datos en personas con discapacidad intelectual (CERMI, 2017, p.14).

En definitiva, el documental “Yes, we fuck” es el reflejo de cómo la sociedad interpreta la sexualidad en las personas con diversidad funcional y las complicaciones que este colectivo tiene, como pueden ser la doble discriminación que sufren las mujeres, el concepto de canon de belleza o la esterilización forzosa. Sin embargo, se debe destacar aún más los impedimentos que tiene la asistencia sexual para dejar de ser considerada un tema tabú y pasar a tener el reconocimiento y visibilidad que merece, tanto a nivel estatal, como social, laboral y familiar.

3.3. Tipos de asistentes sexuales

Para Centeno (2014), la figura del asistente sexual debe de tener la finalidad de ser un facilitador en el autoerotismo y/o ser un apoyo a la hora de tener relaciones sexuales con otras personas. Debe de generar placer y bienestar a una persona con discapacidad, es decir, realizar aquellas funciones que la persona no puede hacer por sí misma; masturbarse, explorar su cuerpo, etc. Se debe contemplar la opción de que las personas con diversidad funcional pueden necesitar una ayuda para la exploración de su propio cuerpo o para la masturbación, por lo tanto, nos estamos refiriendo al “Derecho Humano al Autoerotismo”.

Por otro lado, otros profesionales, como los pertenecientes a la asociación Tandem Team, defienden que el/la asistente sexual es un/a profesional que debe de prestar sus servicios a todo aquello que requiera la persona asistida, incluyendo relaciones sexuales previamente concertadas con el profesional.

Tandem Team surgió en el año 2013 en Barcelona, es una asociación sin ánimo de lucro que se dedica a asistir a personas con discapacidad, facilitando de este modo el contacto entre los/las asistentes sexuales y las personas con discapacidad. Este proyecto fue creado por María Clemente (psicóloga especialista en neurorrehabilitación) y Francesc Granja (terapeuta emocional y tetrapléjico debido a un accidente de tráfico a los 32 años).

Tandem Team tiene como filosofía el empoderamiento del usuario y del asistente. De este modo, tanto el usuario como el asistente se conocen antes en una entrevista previa, como primera toma de contacto antes de que se produzca la asistencia para ver si son afines. Tandem Team dispone de 14 profesionales, 8 son varones, 1 de ellos homosexual y 6 mujeres, de las cuales algunas ofrecen también servicios bisexuales. La manera que tiene de proceder Tandem Team, a la hora de llevar a cabo una asistencia, es la siguiente: el usuario se pone en contacto con la asociación y María Clemente le explica en qué consiste la asistencia, realiza una entrevista para conocer más al usuario/a y las necesidades que tiene. A continuación, se cotejan los datos del usuario/a con los de los/as profesionales para saber qué perfil puede encajar con él/ella. (Tandem Team, 2014).

Como se ha mencionado con anterioridad, para Tandem Team es muy importante la primera toma de contacto ya que tienen que sentirse cómodos y afines tanto el usuario/a como el/la asistente, no es solo sexo. Después se pactan una serie de condiciones, como el lugar y la hora de la asistencia, límites que no se pueden sobrepasar durante la asistencia, si el asistente va a recibir un pago por sus servicios, etc.

Una vez diferenciada la concepción de asistente sexual, destacar que el día 29 del mes de junio de 2015 tuvo lugar en Barcelona las jornadas de “Asistencia sexual, una figura en construcción”, en las cuales se realizaron diversas ponencias por medio de mesas redondas que participaron diversos profesionales del ámbito de la sexualidad y la discapacidad, entre ellos, los profesionales anteriormente citados. En dichas jornadas, se trató abiertamente el tema de la asistencia sexual y el concepto que se tenía de los asistentes sexuales y del trabajo que deben desempeñar. En el transcurso de las jornadas, Antonio Centeno, Francesc Granja y María Clemente, debatieron las diferencias que tenían de la asistencia sexual, sin embargo, tuvieron un punto en común, y es que el asistente sexual no es un voluntario, es un profesional que, por lo tanto, su trabajo debe de ser remunerado económicamente.

Cabe destacar que se debe distinguir la figura laboral del asistente sexual de otras como el asistente personal, el trabajo sexual y las dedicadas a una asistencia terapéutica, como la terapia sexual y la figura de surrogate. El surrogate es una figura perteneciente al mundo de la terapia al que también se le llama asistente sexual, sin embargo, son figuras diferentes porque la asistencia sexual es un apoyo instrumental, no algo terapéutico. Veamos el siguiente esquema de Antonio Centeno que detalla estos conceptos:

Figura 2. Asistencia sexual. Similitudes y diferencias con otras figuras profesionales cercanas.



Fuente: Centeno, 2014.

Por lo tanto, por todo lo citado anteriormente, podemos observar una clara distinción de dos tipos de asistentes sexuales: por un lado, el asistente sexual como un instrumento para la autoerotización y, por otro lado, el asistente sexual como acompañamiento, quedando reflejado en la siguiente tabla:

Tabla 5. Tipos de asistentes sexuales.

	Asistencia Sexual Instrumental	Asistencia Sexual como Acompañamiento
Defendida por,	Antonio Centeno	Francesc Granja y María Clemente: fundadores asociación Tandem Team
Finalidad	Acompañar a la persona con diversidad funcional para su autoerotización	Acompañar de manera física e íntima a la persona con diversidad funcional, con un acuerdo previo entre usuario/a y asistente de los límites que se pueden sobrepasar y la retribución económica que se va a aportar
Críticas recibidas	-	Comparación de la asistencia sexual con la prostitución
Puesta en común	El asistente sexual no es un voluntario. Es un profesional que su trabajo debe de ser remunerado económicamente.	

Fuente: elaboración propia, a partir de datos obtenidos en <https://www.tandemteambcn.com/> y Centeno (2014).

4. Conclusiones

Como conclusión final exponer en primer lugar que, aunque supuestamente vivimos en una época en la cual cada vez se eliminan más los tabúes respecto a determinados temas, la educación sexual en personas con discapacidad sigue siendo un tema que genera debate. No es solo el hecho de que la sociedad se escandalice ante la idea de que se pueda aprobar una ley que ampare y regule la asistencia sexual y, por consiguiente, la figura del asistente sexual, sino que, debido al estudio que he realizado para recabar toda la información posible, he podido obtener datos y testimonios, por ejemplo, por medio del documental Yes, we fuck!, de que sigue siendo una práctica común que, tanto familias como tutores legales, realicen en sus hijas con discapacidad intelectual operaciones sin ser ellas conscientes de que se están sometiendo a una esterilización.

La asistencia sexual sigue siendo un tema que genera controversia. En determinados países se está estudiando la situación de legalizarla para que este colectivo tenga una

normativa en la cual ampararse, por el contrario, en otros países, es algo impensable poder llegar a regularizarla por el hecho de que la asocian con la prostitución, sin llegar a tener en cuenta que, como se ha citado a lo largo de la revisión bibliográfica, todas las personas tienen derecho a una sexualidad satisfactoria y, en este caso, si las personas con diversidad funcional no pueden conseguir tener placer por sus propios medios, es una necesidad que un profesional, que percibe una remuneración económica por ello, sea el medio para poder conseguir la autoerotización del asistido/a.

Actualmente, consideramos como necesidades básicas una serie de actividades que, un/una auxiliar del servicio de ayuda a domicilio, amparados/as por una ley, puede ayudar y contribuir en su realización para fomentar su derecho al desarrollo personal, sin embargo, hoy en día en España la asistencia sexual es ilegal y pueden disponer de ella gracias a los servicios que prestan algunas asociaciones que tienen como finalidad que se deje de ocultar la sexualidad de las personas con discapacidad, ya que es algo intrínseco y todas las personas somos seres sexuales.

5. Bibliografía

- Abellán, A., Esparza, C., Castejón, P., y Pérez, J. (2011). Epidemiología de la discapacidad y la dependencia de la vejez en España. *Gac. Sanit.*, 25 (S): 5–11.
- Arnau, S. (2014). La asistencia sexual a debate. *Dilemata*, (15): 7-14.
- Arnau, S. (2017). El modelo de asistencia sexual como derecho humano al auto-erotismo y el acceso al propio cuerpo: un nuevo desafío para la plena implementación de la filosofía de vida independiente. *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 11 (1): 19-37.
- Bassets, M. (2020). Macron abre el debate sobre la ayuda sexual a las personas discapacitadas. Periódico El País. [Internet] Disponible en: https://elpais.com/sociedad/2020/02/12/actualidad/1581523505_234086.html
- BOE (2006). Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia.
- BOE (2010). Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.
- De la Cruz, C., González, B., Pereya C., y Santamaría, C. (2017). Posicionamiento por el derecho a la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo. *Plena Inclusión*.
- De Lorenzo, R., y Martínez, A. (2006). La futura ley de dependencia como pilar fundamental de la protección social en España. *Revista Española del Tercer Sector*, (3): 49-81.
- Declaración del 13º Congreso Mundial de Sexología, Valencia, España, revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) el 26 de agosto de 1999, en el 14º Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República popular China.
- Documental “Yes, we fuck!”. [Internet] Disponible en: <http://www.yeswefuck.org/>
- Fundación CERMI Mujeres & Foro Europeo de la Discapacidad (EDF). (2017, mayo). *PONER FIN A LA ESTERILIZACIÓN FORZOSA DE LAS MUJERES Y NIÑAS CON DISCAPACIDAD*. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Esterilizacion-forzosa-mujeres-discapacidad.pdf>
- Gómez, N., Ponsa, M., y García-Santesmases, A. (2015). Conclusiones Jornadas de «Asistencia sexual, una figura en construcción». Oficina Vida Independiente. [Internet] Disponible en: <https://ovibcn.org/conclusiones-jornadas-de-asistencia-sexual-una-figura-en-construccion/>

- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (INMERSO). (2004). *Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España*. Secretaría de Estado de servicios sociales, familias y discapacidad. Ministerio de trabajo y asuntos sociales.
- Marbán, V. (2012). Actores sociales y desarrollo de la Ley de dependencia en España. *Revista Internacional de Sociología*, 70 (2): 375-398.
- Míguez, MN. (2019). Discapacidad y sexualidad en Europa. Hacia la construcción del acompañamiento sexual. *Revista Española de Discapacidad*, 7 (1): 133-152.
- Naciones Unidas (2006). Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Nueva York.
- Navarro Casado, S. (2014). El asistente sexual para personas con discapacidad, ¿una figura ilegal?, 12-13. [Internet] Disponible en: http://repositoriiodcpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/735/Pon_NavarroCasado_S_AsistenteSexualPersonas_2014.pdf?sequence=1
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2000). Promoción de la salud sexual: recomendaciones para la acción. Actas de reunión celebrada en Guatemala 19 al 22 de mayo de 2000.
- Palacios, A. (2008). El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 123-124.
- Pérez, M. E. y Chhabra, G. (2019): “Modelos teóricos de discapacidad: un seguimiento del desarrollo histórico del concepto de discapacidad en las últimas cinco décadas”. *Revista Española de Discapacidad*, 7 (I): 7-27.
- Proyecto “Tus manos, mis manos”. [Internet] Disponible en: <https://asistenciasexual.org/asistencia-sexual/>
- Querejeta, M. (2004). Discapacidad/dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación. Secretaría de Estado de servicios sociales, familias y discapacidad. Ministerio de trabajo y asuntos sociales.
- Romero Ayuso, D. M. (2007). Actividades de la vida diaria, 268-269.
- Tandem Team. [Internet] Disponible en: <https://www.tandemteambcn.com/>
- Torrío, E. (2016). Así son las ONG españolas que facilitan sexo a personas discapacitadas. Periódico El Confidencial. [Internet] Disponible en: https://www.elconfidencial.com/sociedad/2016-09-04/sexo-discapacitados-tandem-team-asistencia-sexual_1254701/

- Velarde, V. (2011). Los modelos de la discapacidad: un recorrido histórico. *Revista empresa y humanismo*, 15 (1): 115-136.
- Verdugo, MA., y Schalock RL. (2013). *Discapacidad e inclusión. Manual para la docencia*. Amarú.
- Victoria Maldonado, J. A. (2013). El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos, 1093-1109.