

# INFORME DIAGNÓSTICO



# Índice

Agradecimientos .....	3
1. Fundamentación .....	4
2. Objetivos del informe diagnóstico.....	7
3. Metodología.....	7
4. Resultados del análisis para el diagnóstico .....	9
4.1 Resultado del trabajo con las mujeres mayores.....	9
4.2 Resultado del trabajo con profesionales .....	13
5. Conclusiones y propuestas de mejora... ..	20

## Agradecimientos

Queremos mostrar nuestro agradecimiento a todas las personas que desinteresadamente han participado en el programa “*Entre Nosotras: Mujeres Migrantes Construyendo Salud*”:

A las mujeres que han compartido su tiempo y experiencias con nosotras. Por haber sido valientes al contarnos sus malestares y por construir soluciones conjuntamente.

A las/os profesionales que nos han ayudado a conocer la realidad con la que se enfrentan día a día en un sistema sociosanitario que, a pesar de su gran calidad, en ocasiones dificulta llevar a cabo una atención más humana.

A las/os informantes claves de los diferentes ámbitos sociosanitarios que se mostraron dispuestos a participar en los cuestionarios online y generosamente nos dieron claves para poder hacer una campaña de sensibilización a profesionales, respetuosa y efectiva.

A todas/os los profesionales que nos han abierto las puertas de sus instituciones/ organizaciones para que pudiéramos llevar a cabo las sesiones y contactar con las mujeres: profesionales de la Federación de Mujeres Progresistas de Madrid, Centro Socio Comunitario Casino de La Reina del Ayuntamiento de Madrid, al Espacio de igualdad de Vicálvaro, al Centro de la Mujer y Cáritas del Ayto. De Manzanares (Manzanares, Ciudad Real), a la Federación de Dones Progresistas y movimiento por la paz (Valencia), al servicio Galego de Saude, a las empleadas de hogar (Zaragoza) y al centro de la mujer de Seseña.

Al equipo de profesionales técnico y voluntariado de la FMP Madrid que ha participado con ilusión para que este proyecto fuera una realidad y una herramienta para luchar contra las desigualdades de género en la salud<sup>1</sup>.

Agradecemos especialmente al Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, por darnos la oportunidad de llevar a cabo este trabajo contribuyendo a conocer la realidad de las mujeres migrantes que residen en nuestro país y poder contribuir a la mejora en el acceso a la atención sociosanitaria basada en el diálogo y respeto a la diversidad.

# 1. Fundamentación

La **Federación de Mujeres Progresistas (FMP)**, como entidad feminista, trabaja desde el año 1987 para combatir las desigualdades sociales y discriminaciones diversas que padecen las mujeres en los distintos ámbitos de la vida, poniendo en marcha diferentes estrategias para erradicarlas. Uno de los ámbitos donde esta desigualdad es más acuciante es en el ámbito de la salud debido a las dificultades e impedimentos que, en general, sufren las mujeres para su acceso, control y seguimiento. Dichas dificultades resultan aún mayores en el caso de pertenecer a algunos de los colectivos que sufren además otros tipos de vulnerabilidad añadidos como son, entre otros, **las mujeres migrantes**, víctimas de violencia de género, mujeres con diversidad funcional o mujeres al cuidado de familias monoparentales.

La Federación de Mujeres Progresistas, por su conocimiento y experiencia en la intervención con migrantes en general y mujeres migrantes en particular, aspira a contribuir al conocimiento e integración de estas personas facilitando el acceso a la atención sociosanitaria y aplicando en todo momento la perspectiva de género y la interseccionalidad en las actuaciones que lleva a cabo.

La falta de acceso al sistema sanitario supone una clara vulneración del derecho universal a la salud. En este sentido, la OMS defiende el artículo 25 de la **Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)**: *"Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios."* [...] El derecho a la salud garantiza que la ciudadanía acceda al sistema sanitario sin discriminación por razón de sexo, raza, **edad**, etnia o religión.

Desde la **FMP** compartimos y refrendamos la definición ofrecida por la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** sobre el concepto de salud: *"...un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; es un derecho humano fundamental"* (OMS, 2006). Así pues, la salud es una función compleja en la que intervienen múltiples variables cuyo resultado tiene que ver con la suma del bienestar individual y social.

Las teorías de la salud han evolucionado de un modelo biomédico a un enfoque psicosocial y contextual, alcanzando un modelo biopsicosocial, con una mirada más amplia que atiende a la interacción entre los factores biológicos, psicológicos y sociales.

Este modelo debe ser incorporado en la investigación, políticas, consultas sanitarias, acciones formativas y preventivas, si queremos una sociedad equitativa que promueva la igualdad en la atención sanitaria. Los sesgos de género que operan en el sistema de salud tienen un fuerte impacto sobre la atención, el bienestar y la salud de las mujeres migrantes. Es necesario trabajar para prevenir y erradicar los sesgos de género, así como para la inclusión de la información y sensibilización en las profesiones sociosanitarias de los estudios de género en salud y estimular la participación comunitaria de las mujeres. En todos los grupos de edad y en todas las nacionalidades, las mujeres presentan una proporción significativamente más elevada de valoración negativa de su estado de salud que los hombres.

Es por ello que este estudio va a partir de esta definición y al hablar de salud va a ser entendida desde el enfoque biopsicosocial.

La interseccionalidad es una forma imprescindible de abordar el trabajo con mujeres migrantes ya que se trata de "una mirada que nos ayuda a entender mejor a las personas y la realidad

para prevenir la desigualdad en cada contexto y nos invita a buscar nuevas formas de intervenir”. Por eso, tenemos que estar muy atentas a la relación que exista entre distintas variables para entender la complejidad de ciertos problemas sociales; ser mujer, migrante, víctima de violencia de género, con diversidad funcional, mayores, pertenecientes a colectivos LGTBI, etc.

En términos de discriminación, las mujeres migrantes se encuentran en la intersección entre la discriminación sufrida por ser mujeres, la cual identifican especialmente en los ámbitos familiar y laboral, y aquella discriminación por ser extranjeras, particularmente en lugares cotidianos (la calle, el parque...) y en el ámbito sanitario. Todo ello genera una clara discriminación y dificulta el acceso a los sistemas públicos, con un elevado impacto en su salud biopsicosocial que es necesario atender a través de acciones específicas de sensibilización, prevención y promoción de la salud.

Por otro lado, sabemos que más de la mitad de las personas que necesitan tratamiento psico-social no lo reciben y, de las que están en tratamiento, un porcentaje significativo no recibe el adecuado. La red pública de Salud Mental no ofrece suficientes recursos psico-sociales públicos y gratuitos para mujeres y se encuentra actualmente saturada, por lo que la mayor parte de ellas se encuentra desatendida. Esta situación se ha visto empeorada con la llegada del COVID-19 y la crisis sanitaria y social que ha traído consigo y ha azotado especialmente a las mujeres migrantes.

Surge así la necesidad de hacer de puente entre los organismos públicos y la población para que las mujeres migrantes conozcan los recursos existentes y puedan hacer uso de estos, garantizando de este modo que serán atendidas en condiciones óptimas.

En el caso de las mujeres, hay que señalar que incluso para las que logran ser atendidas por el sistema público, no siempre son tratadas de forma adecuada, atendiendo a determinantes de género y con una mirada intercultural que comprenda la vivencia que tienen las mujeres de su proceso migratorio y todo lo que conlleva para su esfera personal, familiar y social.

Desde la FMP creemos que es importante incorporar el enfoque de género para analizar e interrogar la realidad, cuestionándola a fin de detectar y corregir desigualdades entre los sexos, las relaciones de poder y sus consecuencias en torno a la salud y otros servicios sociosanitarios. Esto nos lleva al modelo biopsicosocial de la salud, centrado en la persona como sujeto activo con vivencias propias. Este modelo debe ser incorporado en la investigación médica, las políticas de salud, las consultas sociosanitarias, las acciones informativas y preventivas, etc, si queremos una sociedad equitativa que promueva la calidad en la atención sociosanitaria a través del reconocimiento y la actuación sobre las condiciones de vida que influyen en los procesos de salud de las mujeres.

Este informe se ha elaborado con los datos obtenidos entre marzo y junio de 2023, fruto del proceso de investigación participativa, en el marco del programa estatal **“Entre nosotras: mujeres migrantes construyendo salud”**. Dicho programa tiene como objetivo contribuir a la mejora de la atención integral sociosanitaria a las mujeres migrantes nacionales de terceros países en situación de especial vulnerabilidad, planteando propuestas de mejora tanto en la promoción de su salud como en la atención que reciben de los y las profesionales sociosanitarios y siempre desde una perspectiva de género.

## 2. Objetivos del informe diagnóstico

Este informe pretende reflejar un diagnóstico sobre la perspectiva de género en la atención de salud a las mujeres migrantes, y tiene los siguientes objetivos específicos.

- Recabar información fidedigna sobre la aplicación del enfoque de género en la atención de salud a mujeres migrantes en España.
- Identificar los malestares que sufren las mujeres migrantes en el acceso con la atención sociosanitaria y en el acceso a los recursos y tipificar sus causas.
- Crear una base de reflexión sobre los problemas derivados por dicho malestar, así como identificar el origen de este.

## 3. Metodología

La metodología utilizada ha sido la de investigación-acción participativa dotando a las mujeres migrantes y a los agentes de salud de todo el protagonismo sobre el proceso. Con respecto al trabajo con mujeres se ha utilizado la metodología de taller a través del trabajo individual y en grupos pequeños, para luego compartir y discutirlo con el grupo más grande. Destacar en primer lugar que desde el Programa Entre Nosotras hemos trabajado con mujeres migrantes de diferentes zonas de la geografía española. Hemos querido reflejar la situación de las mujeres migrantes en el acceso a la atención sanitaria tanto de grandes ciudades como de lugares menos poblados, como son los pueblos.

Las sesiones con las mujeres migrantes realizados en la ciudad de Madrid se han llevado a cabo en dos días, mientras que en los grupos realizados en los diferentes territorios tuvo que ser en un día, realizándose una sesión por la mañana y otra por la tarde, con el fin de poder recabar más información y hacerlo de una forma más amena y menos cansada para las participantes.

En este informe nos vamos a centrar más en la primera sesión, en la cual se trabajaba más sobre los malestares de la salud, como hemos mencionado antes desde el punto de vista biopsicosocial y desde un enfoque de género; así como las causas de dichos malestares.

Para terminar de forma positiva se trabajaba en pequeños grupos sobre las posibles propuestas para la mejora de dicha atención, y se llevaba a cabo a través de la técnica de rolplaying una simulación en la cual se interpretaba cómo les gustaría que fuera la atención integral que reciben desde cualquier servicio social o sanitario al que acuden.

Al acabar las sesiones, se les hacía entrega de un detalle con la imagen del proyecto como agradecimiento por su participación y por formar parte en esta investigación.

En este análisis y estudio, participaron un total de **50 mujeres en cuatro grupos**, que se detallan en la tabla a continuación (Tabla 1).

GRUPO	CARACTERÍSTICAS
GRUPO 1	Lugar de realización: Federación de Mujeres Progresistas (Madrid) Fecha sesiones: 18 y 19 de abril de 2023. Nº de participantes: 15 mujeres
GRUPO 2	Lugar de realización: Casa de la Mujer y Cáritas de Manzanares (Ciudad Real) Fecha sesiones: 6 de junio de 2023 Nº de participantes: 21 mujeres
GRUPO 3	Lugar de realización: Valencia Fecha sesiones: 13 de junio de 2023 Nº de participantes: 10 mujeres
GRUPO 4	Lugar de realización: Centro de la Mujer de Seseña (Toledo) Fecha sesiones: 14 de junio. Nº de participantes: 4 mujeres.

Tabla 1: Caracterización de los grupos participantes en el estudio

En lo que respecta al trabajo con **profesionales**, se llevó a cabo un grupo de profesionales sociosanitarios que atienden mujeres migrantes en diferentes recursos sociosanitarios del territorio español:

- 2 psicólogas y 1 asesora jurídica del Espacio de Igualdad de Vicálvaro (Madrid)
- 1 médica familiar y comunitaria del Servizio Galego de Saúde (Galicia)
- 1 trabajadora Social de Movimiento por la paz (Valencia)
- 1 administrativa de las Empleadas de Hogar (Zaragoza)
- 1 psicóloga del Centro de la Mujer de Seseña (Toledo)

## 4. Análisis de resultados

### 4.1 Trabajo con las mujeres

Dinámica “Malestares detectados y causas/barreras de los mismos”

A través de estas dos dinámicas se ha reflexionado con las mujeres en distintas fases:

- Primero, individualmente y después en pequeños grupos de trabajo, cuáles son sus dolencias en las áreas física, psicológica y social.
- En un segundo momento, una vez recogidas y expuestas con el gran grupo, se reflexionó acerca de las posibles causas de dichos malestares.

Se analizan y detallan a continuación, los datos recabados en todos los grupos correspondientes a cada área (Tabla 2).



Malestares físicos detectados	Causas u/o Barreras asociadas a los malestares
Cansancio, cansancio por dormir mal, dolores articulares, dolores de cabeza, dolores de pies, agotamiento	Duelos migratorios Soledad Trabajo precario Falta de tiempo Falta de descanso

Tabla 2: Correlación entre malestares físicos y causas asociadas / 1.

Malestares psicológicos detectados	Causas y/o Barreras asociadas a los malestares
Estrés Ansiedad Desmotivación Soledad Preocupación Carga mental Tristeza Dificultad en las relaciones sociales Desinformación Falta de intimidad Dificultad de comunicación Autoestima baja Falta de valor	Red social: las amistades, pareja y familiares a veces están muy lejos. Idioma, falta de traductores Falta de información (respecto a los recursos y a los derechos) Cultura Miedo Falta de oportunidades Desconocimiento Soledad

Tabla 3: Correlación entre malestares psicológicos y causas asociadas / 2.

Malestares sociales detectados	Causas y/o Barreras asociadas a los malestares
Soledad, aunque tengo familiares, no quiero molestarles, están lejos Relación de ayuda a los demás Falta de independencia económica Tratos diferenciados Desconocimientos de derechos Aislada idiomáticamente en el acceso a los servicios Rechazada por ser migrante, no nos explican las cosas, como si no fuéramos a entenderlo, o le hablan al acompañante que va a traducirlas. Barreras culturales	Racismo Barreras digitales y de regularización de documentación: dificultan el acceso a los servicios sociales, sanitarios, bancos, etc Administración poco accesible a muchos idiomas Disminución de la atención presencial

Tabla 4: Correlación entre malestares sociales y causas asociadas / y 3.

Entre los malestares de las mujeres migrantes que asisten a los grupos focales, cabe destacar que les ha costado señalar y verbalizar sintomatología física, pese al cansancio y agotamiento



que han verbalizado la mayoría de ellas. Les cuesta ponerse el foco. Sin embargo, si son conscientes de sus malestares emocionales y sociales, y las causas que los originan. Estas dificultades: Las dificultades socioculturales y sanitarias que arrastran, los problemas derivados del propio proceso migratorio, etc. les hacen más vulnerables en el ámbito de la salud mental; la situación del empleo, las condiciones de vivienda, los acontecimientos traumáticos antes, durante y después de la migración, los motivos suficientes para conducir (por lo menos) a la angustia psicológica.

Con el fin de apoyar los argumentos que hemos comentado, a continuación, trasladamos algunos de los comentarios que han hecho las mujeres participantes en los diferentes grupos focales que hemos realizado:

## Sobre malestares físicos y sus causas:

Mujer participante

*“Me siento débil. El médico no me presta atención, solo mira a su ordenador”*

”

Mujer participante

*“Cada vez que voy al médico, todo lo solucionan con Paracetamol. ¿Para qué voy a acudir al médico si solo me mandan Paracetamol”*

”

Mujer participante

*“He tenido que estar cuatro años sin papeles, porque no te dan la tarjeta, solo el arraigo social, para lo que te exigen estar tres años de forma ilegal. Tuve una infección de orina y no me atendieron porque estaba empadronada en Morata de Tajuña”*

”

## Sobre malestares psicológicos y sus causas:

Mujer participante

*“No soy libre, No conozco el idioma, y necesito que mi marido me acompañe al médico para expresar lo que siento y necesito”*

”

Mujer participante

*“Que tengas que ir al médico con tu hijo para que te traduzca, es un nivel de violencia altísimo”*

”

Mujer participante

*“Tengo miedo a los Servicios Sociales, porque siento que si voy a pedir ayuda me van a quitar a mis hijos/as”*

”

## Sobre malestares sociales y sus causas:

Mujer participante

*“Siento que me hacen esperar en el médico cuando ven que soy de origen marroquí”*

”

Mujer participante

*“Como mujer, mi mayor preocupación son mis hijos. Me asusta que les excluyan, que puedan hacerles daño. Me quedo callada ante los abusos porque no sé dónde acudir”*

”

Mujer participante

*“Yo soy de Mongolia, y aquí no hay gente de Mongolia. Es tanta soledad, es el idioma, la gastronomía, la cultura... es todo, es tanta soledad”*

”

Los resultados muestran la importancia de los recursos idiomáticos, materiales, sociales y económicos en el bienestar psicológico, social y físico de las mujeres migrantes. También son factores importantes los sucesos vitales estresantes sufridos por las mujeres en su proceso migratorio, el apoyo social recibido y otras variables vinculadas con la experiencia de exclusión social como la falta de control sobre la propia vida, el idioma, los cambios identitarios, la falta de red de apoyo, etc.

### 4.2 Trabajo con profesionales

Junto al trabajo con las mujeres anteriormente descrito, llevamos a cabo entrevistas con profesionales sociosanitarios de diferentes ámbitos y profesiones. En dichas entrevistas, nos basábamos en un guion que habíamos elaborado previamente, en el cual se les preguntaba sobre los malestares con los que llegan las mujeres migrantes que llegan a sus diferentes recursos. Además, elaboramos un cuestionario online para llegar a más profesionales de la geografía española y pudieran reflejar su realidad con el trabajo cotidiano que realizan con las mujeres migrantes. Dicho cuestionario se lanzó al resto de profesionales sociosanitarios de todo el territorio español a través de las redes sociales de la FMP. Entre las personas que han contestado a los cuestionarios hay profesionales de diferentes ramas: desde psicólogas, voluntarias, administrativas, médica, ginecóloga, psiquiatra, etc.

Los cuestionarios se basaron en el siguiente guion de preguntas:

Problemáticas con las que acuden las mujeres migrantes que atiendes. ¿Qué demandan? ¿Qué necesidades o malestares se repiten?

¿Crees que el hecho de ser mujer está relacionado con las problemáticas de las mujeres migrantes que atiendes?

¿Crees que todas las mujeres migrantes acceden igual al sistema sociosanitario?

¿Qué dificultades percibes que hay que trabajar con las mujeres migrantes?

¿Qué impedimentos consideras que existe a la hora de atender los malestares de las mujeres migrantes?

Las preguntas daban opciones abiertas con la posibilidad de ampliar la respuesta para que el/la profesional pudiera expresar abiertamente sus opiniones. Se han contestado a 18 cuestionarios. Se analiza a continuación la información obtenida en los mismos, así como un extracto de los comentarios más significativos.

4. Según tu experiencia, ¿cuáles dirías que son las demandas/necesidades/problemáticas cuando acuden? (0 punto)

[Más detalles](#)

<span style="color: blue;">●</span> Sociales	14
<span style="color: orange;">●</span> Físicas	10
<span style="color: green;">●</span> Emocionales/Psicológicas	14



5. ¿Cuáles? Detalla tu respuesta (0 punto)

[Más detalles](#)

[Información](#)

18  
Respuestas

Respuestas más recientes

"Regularización de documentación, empleo, acceso a CSS con más inmediatez..."  
"Trabas burocráticas para tarjeta sanitaria, reagrupación familiar, valoración..."  
"Trabajo"

Como vemos los profesionales que atienden a las mujeres migrantes, consideran que las necesidades/demandas de estas mujeres son fundamentalmente sociales y emocionales o/psicológicas, por encima de las demandas físicas. Una vez analizadas las respuestas de los/as profesionales tanto de las entrevistas como de los cuestionarios online en lo relativo a las demandas/necesidades que presentan las mujeres que atienden, las hemos agrupado en una imagen para ilustrarlas:

## NECESIDADES DE LAS MUJERES MIGRANTES SEGÚN LA EXPERIENCIA DE LOS PROFESIONALES QUE LAS ATIENDEN



*Cargas familiares, necesidades básicas, falta de independencia económica, falta de ayudas, etc*

### ECONOMICAS



### BUROCRATICAS



*Regularización de la documentación, tarjeta sanitaria, prestaciones, reagrupación familiar, etc.*

*falta de redes de apoyo, falta de integración en la sociedad, duelo migratorio, racismo*

### SOCIALES Y CULTURALES



### PSICOLOGICAS



*Baja autoestima, secuelas de diferentes violencias, sentimientos depresivos, ansiedad, estrés, trastornos del sueño*

*Trabajos no regulados, empleos precarios, falta de conocimiento de derechos laborales,*

### LABORALES



### FISICAS



*Somatizaciones, malestares ginecológicos, embarazos no deseados, patologías médicas, enfermedades y lesiones básicas, etc*

- *“Soy psiquiatra perinatal y me derivan a las pacientes por problemas de salud mental. Pero que estos problemas de salud solo se deban a factores biológicos o psicológicos son la minoría, la mayoría se deben a determinantes sociales (económicos, laborales, relaciones de pareja, violencia,...”*
- *“Es muy frecuente presentar sintomatología ansiosa, con problemas para dormir, comer, relacionarse o simplemente la capacidad de relajarse”*
- *“La ansiedad, las dificultades económicas y los malestares inespecíficos: cefaleas, dolores musculares... los miedos”*
- *“Ets, falta de compromiso de la pareja en la anticoncepción, baja autoestima, falta de cuidados en la propia salud”*
- *“Falta de tiempo para cuidarse ellas, problemas de comunicación por barrera idioma”*
- *“La oportunidad de reconstruir una vida con lo que todo ello implica a nivel económico, emocional y social”*
- *“Problemas sobre el arraigo laboral y social. Y la vulneración de derechos de vivienda digna y de reproducción familiar. La conciliación de trabajo y familia”*
- *“NO PODER DESAHOGARSE CON SUS HIJOS/AS POR NO PREOCUPARLOS”*
- *“Dolor crónico, estado anímico depresivo y/o ansioso, precariedad económica”*
- *“Angustia, ansiedad, baja autoestima que influye en el goce de tus derechos sexuales y reproductivos. No existe la suficiente información para que las mujeres migrantes puedan acceder a una IVE.”*
- *“hay dos problemas. Uno para las mujeres migradas que están en situación irregular, que cuando en los centros de salud no las atienden, sobre todo si están dentro de los primeros 90 días, no las atienden. Y después de los 90 días es toda una lucha, porque igual las marean, que si van a la unidad de tramitación, que si le dan la cita para seis meses, entonces mujeres, sobre todo, que venían de países de origen tomando una medicación, la tienen que interrumpir. Y luego mujeres que tienen NIE, que ya es el centro de salud, las da de baja porque considera que se tiene que hacer cargo la seguridad social. Y la seguridad social, como no están dadas de alta, pues tarda un montón y a veces ni les da de alta.”*

- “... yo diría que hay una parte más física, pero porque lo emocional hay que desgarrarlo para encontrarlo detrás de lo físico...”
- “... a veces hay una cuestión social detrás, por ejemplo, esto es un ejemplo muy concreto, pero creo que puede dar lugar a entender... hay una de las formas de pedir asilo tiene que ver con el arraigo social sino me equivoco, tienen que demostrar 3 años de estar en un lugar y de estar arraigadas socialmente y una manera de demostrarlo es tener consultas en el médico...”

Dentro de las demandas con las que llegan las mujeres a los servicios sociosanitarios los y las profesionales sociosanitarios destacan las demandas relacionadas con la regularización de papeles, situación administrativa, empleo y necesidad de cubrir necesidades básicas, entre muchas otras. En algunas de las entrevistas vemos como las profesionales nos cuentan que tanto las necesidades físicas o psicológicas siempre conllevan implícitamente las anteriores.



Además, el 78% de los y las profesionales consideran que el hecho de ser mujer está relacionado con las necesidades y problemáticas citadas anteriormente y el 84% considera que las mujeres migrantes no acceden al sistema sociosanitario por igual.



7. ¿Crees que el hecho de ser mujer está relacionado con las demandas/necesidades/problemáticas de (0 punto)  
las mujeres migrantes que atiendes? (0 punto)

[Más detalles](#)

[Información](#)

● SI	14
● NO	4

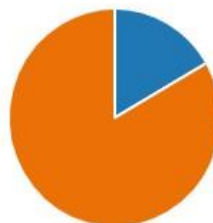


8. ¿Crees que las mujeres migrantes acceden al sistema sociosanitario por igual? (0 punto)

[Más detalles](#)

[Información](#)

● SI	3
● NO	15



Como reflejan algunos/as profesionales que trabajan con personas migrantes:

- *“El hecho de ser mujer y migrante, podría suponer una serie de vulnerabilidades y riesgos a los que estaría expuestas. Sesgos de género (tanto en la forma en la que se perciben como en la que pueden ser percibidas), dificultades para el acceso al trabajo, vivienda, etc.”*
- *“Ya de por sí las mujeres solicitamos más asistencia en general, en atención primaria, servicios públicos por una cuestión de género, los hombres, por cómo está construida la masculinidad No piden ayuda, las mujeres todo el rato y llaman a las puertas que haya que llamar, por eso llegan más”*

Cuando les preguntamos por las dificultades que se encuentran a la hora de trabajar con ellas, vemos que son variadas en cuanto al ámbito social, emocional, laboral, etc. Exponemos algunas de ellas y posteriormente detallamos algunas de sus respuestas:



- *“Las profesionales desconocen la realidad de las mujeres y por lo tanto las causas de su morbilidad. Hay mujeres que ni siquiera llegan a las consultas por estar excluidas o por desconocimiento de cómo funciona el sistema sanitario... Las mujeres no dan prioridad a su malestar físico porque sus cuerpos deben seguir trabajando para conseguir dinero, así que, a veces no saben que están enfermando y no acuden...”*
- *“Los profesionales de la Salud tienen falta de Formación para asociar síntomas con causas PT contextos psicosociales con sociales. Las mujeres migrantes no confían en general en un sistema donde viven falta de respeto a sus contextos y creencias culturales. El sistema no se adapta para mejorar las condiciones d accesibilidad para una población q tiene dificultades horarias para acceder a las citas.”*
- *Barrera idiomática, dependencia de sus maridos, mochila de prejuicios, fallo de citas por tema laboral (internas) u otros que no se justifican y la creencia de que pueden pedir todo nada más llegar sin valorar el coste o la diferencia de protocolos con respecto a sus países de origen (citologías, dius o implantes gratuitos,...)*
- *Hay poca conciencia a nivel de diversidad cultural además de añadir sesgos de género en muchas intervenciones relacionadas con la administración pública.*
- *Los medios q tenemos tanto de tiempo para atenderles, el poco material profesional q tenemos para dar una alternativa de mejorar esos problemas, el poco tiempo q muchas dedican para poder solucionar su demanda. Emocionalmente también cargamos con esas dificultades porque las nuestras están también sin solucionar.*
- **LA SOLEDAD QUE SIENTEN, INCLUSO LA INVISIBILIDAD**
- *El propio sistema ya no atiende a personas en situación irregular, y sigue habiendo racismo en las instituciones*
- *Dificultades que tienen que ver con el idioma, la actitud paternalista y la falta de escucha que tiene los prestadores de salud. y de parte de las mujeres desconocimiento del sistema de salud y los servicios que ofrece.*
- *Falta de integración cultural*
- *Profesionales: prejuicios con respecto a determinados orígenes o grupos minoritarios / Medios: ratios de mujeres por profesional que dificultan la atención pormenorizada y los seguimientos exhaustivos / Mujeres: problemas de conciliación y económicos a la hora de acudir a las citas.*

**Los y las profesionales señalan como mayor impedimento/ barrera el acceso a la atención y las respuestas que ofrecen están relacionadas con las barreras idiomáticas, la situación administrativa en la que se encuentren, desconocimiento de los recursos, etc.**

12. ¿Qué impedimentos consideras que existen a la hora de atender los malestares de las mujeres migrantes? (0 punto)

[Más detalles](#)

- ¿En el diagnóstico? 5
- ¿En el acceso a la atención? 14
- ¿En el tratamiento de los malest... 12







- *“Problemas a la hora de obtener tarjetas sanitarias y tiempos de espera en acceso a recursos y a servicios. Personas en situación ilegal. Intercambian pasaporte carnet de identidad viven hacinadas”*
- *“tenemos pocos recursos sociales que podrían solucionar el malestar”*
- *“Infrautilización recursos especializados, suprautilización recursos de urgencias”*
- *“Prejuicios e ideas preconcebidas, tanto por parte de los profesionales como de las propias mujeres migrantes. En el primer caso, supondría un impedimento para el tratamiento correcto; y en el segundo caso, sería una dificultad para la atención”*
- *“El diagnóstico no se produce correctamente por desconocimiento. El acceso es deficitario y los tratamientos no están adaptados a las realidades de las mujeres”*
- *“Tienen grandes dificultades en el acceso a la atención. Piden recetas q desde fuera solucionen sus malestares les falta tiempo y empoderamiento para ser participantes activas d su Salud”*
- *“Idioma, acceso gratuito a toda resta valor, protocolos diferentes, sanidad diferente”*
- *“No conocer recursos y no poder llegar hasta ellos (no poder pagar transporte público, no poder tener libre en trabajo)”*
- *sobre medicalización de los malestares*
- *muchas veces la precariedad laboral en la que se encuentran las mujeres impide que se concluya el tratamiento.*
- *En el diagnóstico también ya que la cultura lo impregna todo y no creo que se diagnostique de forma efectiva.*
- *Recursos sin servicio de traducción*

Las profesionales entrevistadas han señalado como impedimentos fundamentales las barreras administrativas, las barreras digitales, los horarios y el poco tiempo del que disponen para ellas, el aislamiento, las citas, etc

Los/as profesionales sociosanitarios que han respondido al cuestionario identifican claramente que las mujeres migrantes acuden en un primer momento a las consultas por problemas físicos, dolores la mayoría, pero al realizar la valoración integral aparecen otros malestares de componente más socioeconómico, psicológico, emocional y /o social.

Hemos visto como muchas de ellas tienen falta de oportunidades, empleos precarios, cargas familiares aquí o en su país de origen, falta de idioma, etc, que han hecho que los autocuidados no han sido su prioridad. Esto aumenta en el presente que haya problemas físicos y psicológicos por haber dejado su salud mental y física en segundo plano, han aprendido a “estar mal” y “no quejarse”.

En los comentarios hechos por ellas y los/las profesionales que las atienden vemos como los determinantes de género y culturales influyen en la situación actual de las mujeres migrantes del territorio nacional.

Se reconoce una falta formación específica y la falta de tiempo que necesitan las mujeres que atienden. Esto unido a la falta de medios personales, idiomáticos, socioeconómicos que hay en la red social y sociosanitaria.

Por último, hay que destacar el hecho en el que coinciden también las personas encuestadas y es que en el acceso de las mujeres migrantes a los recursos influye mucho el idioma, los recursos socioeconómicos, el nivel cultural y el vivir en ciudad o en medio rural. Esto se extiende también al acceso al transporte, bancos, actividades lúdicas y culturales, etc.

## 1. Conclusiones

Tras analizar las respuestas obtenidas en cada una de las dinámicas con los distintos grupos de trabajo (mujeres y profesionales) se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- La salud es un concepto complejo que tiene una gran repercusión en la vida de las personas en general y en la de las mujeres migrantes en particular y debe ser entendida desde una óptica biopsicosocial y cultural.
- La falta de perspectiva de género en el ámbito social y sanitario supone un factor de riesgo para la salud integral de las mujeres.
- En ocasiones, el trato recibido por parte del personal sociosanitario supone una fuente de sufrimiento para las mujeres migrantes, no dedicándole el tiempo que necesitan, existiendo en muchos casos barreras idiomáticas, falta de empatía y formación por parte de los y las profesionales que las atienden.
- Los factores sociales y el contexto personal y cultural en el que viven las personas resultan fundamentalmente para tener un mejor acceso a los recursos sociales, sanitarios y ocio.
- La falta de una situación administrativa irregular, el desconocimiento de derechos o de documentación aparece como una fuente de aislamiento social, falta de autonomía y de acceso a los recursos para las mujeres migrantes, independientemente de vivir en zona metropolitana o rural.
- Las barreras idiomáticas que existen en las diferentes ciudades y pueblos del país generan miedos en nuestras mujeres migrantes influyen en su independencia y acceso a los recursos.