



ACCIÓN SALUD

GUÍA PARA PERSONAL SANITARIO

**MEJORA DE LA ACEPTABILIDAD EN LA ATENCIÓN A MUJERES MIGRANTES
SUPERVIVIENTES DE MGF O EN SITUACIÓN DE PROSTITUCIÓN**

**Autoría**

Susana Vicente Andueza y Mariasole Raimondi

La investigación contó con la colaboración de las Sedes Autonómicas de Médicos del Mundo involucradas en el proyecto: Aragón, Asturias, Canarias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Catalunya, Comunidad de Madrid, Comunitat Valenciana, Illes Balears, Galiza.

Coordinación

Susana Vicente Andueza

Diseño y maquetación

Alberto Sernández

GUÍA PARA PERSONAL SANITARIO

MEJORA DE LA ACEPTABILIDAD EN LA ATENCIÓN A MUJERES MIGRANTES SUPERVIVIENTES DE MGF O EN SITUACIÓN DE PROSTITUCIÓN



ÍNDICE

Justificación	6
Introducción	8
1. Enfoques y metodología	9
2. Mujeres supervivientes de violencias de género	11
2.1. Una aproximación a la prostitución	11
Consecuencias de la prostitución en la salud	12
2.2. Una aproximación a la MGF	15
MGF en España	16
Consecuencias de la MGF en la la salud	18
3. Principales resultados del trabajo de investigación	21
3.1. Diagnóstico inicial	22
Conocimientos	22
Actitudes	23
Prácticas	25
3.2. Comunidades de aprendizaje	27
Atentas	27
Activas	28
3.3. Sesión de cruce de saberes	30
3.4. Reflexiones finales sobre el proceso de investigación	32



4. Recomendaciones	33
4.1. Titulares de Obligación	33
4.2. Titulares de Responsabilidades	35
4.3. Titulares de Derecho	37
Anexos: Herramientas metodológicas	
Anexo I. Modelo encuesta a personal sanitario	39
Anexo II. Guion grupo focal con mujeres en situación de prostitución	46
Anexo III. Guion grupo focal con mujeres supervivientes de MGF	48
Bibliografía	50



***No son nuestras diferencias
las que nos dividen sino la
incapacidad de aceptar
esas diferencias.***

Audre Lorde

JUSTIFICACIÓN

Desde la perspectiva de equidad en salud, todas las personas deberían poder acceder al máximo grado de salud independientemente de cualquier circunstancia personal o social. Sin embargo, la realidad no refleja dichos principios de igualdad y en este contexto Médicos del Mundo lleva décadas denunciando las inequidades ante la salud, asumiendo que los sistemas de salud contribuyen en una parte menor a la ganancia en expectativa de vida en condiciones sanas y que la lucha contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos es un imperativo para asegurar poblaciones sanas.

Por otro lado, Médicos del Mundo trabaja desde décadas acompañando a mujeres supervivientes de violencia de género (en adelante mujeres supervivientes), como son las mujeres en situación de prostitución y las mujeres supervivientes de Mutilación Genital Femenina (MGF). Durante esos años se ha observado que los servicios de salud no alcanzan a ser siempre sensibles a las situaciones y necesidades de las mujeres supervivientes, convirtiéndose en espacios no seguros y estigmatizantes para ellas. El desconocimiento del fenómeno de la prostitución y de la MGF en el ámbito de la salud, unido a no saber bien cómo abordar ciertas cuestiones en la consulta, hace posible que un cierto número de profesionales se guíen por imágenes preconcebidas de cómo es la vida y/o estado de salud de las mujeres.



Ellas mismas relatan que tienden a no informar al personal profesional de la salud de encontrarse en situación de prostitución por miedo a sentirse juzgadas o por no exponerse a situaciones que puedan revictimizarlas. Estas situaciones tienen consecuencias directas en la salud de las mujeres, debido a que se pueden perder elementos esenciales para el diagnóstico y para la solicitud de pruebas complementarias (ej. citología en mujeres en prostitución), para pautar el tratamiento adecuado o indicar medidas preventivas, así como para explorar posibles comorbilidades asociadas al tipo de violencia experimentada. Y estas situaciones se traducen en una disminución de la cobertura efectiva del Sistema Nacional de Salud (en adelante SNS) en colectivos especialmente vulnerables, debido a que mujeres en contextos de violencias no recibirían una atención adaptada a su situación y necesidades.

En este ámbito, el sistema sanitario puede jugar un importante papel corrector de las desigualdades sociales, especialmente desde los Centros de Atención Primaria, que representan la puerta de entrada al sistema. Así, la Estrategia de Desarrollo Sostenible (EDS) reconoce que “un sistema de salud robusto capaz de dar un servicio público de calidad y universal, que asimismo profundice en la incorporación de la perspectiva de género en su atención, se convierte en un potente igualador de las desigualdades que afectan a nuestra sociedad” (MDSOCIALESA2030, 2020: 159). Desde la perspectiva interseccional, hay que considerar que a la discriminación de género se añaden otros factores de discriminación basados en la clase social, la condición de migrante o la presencia de elementos estigmatizantes, como la situación de prostitución o los prejuicios asociados a la MGF. La confluencia de estos termina expulsando del sistema a colectivos especialmente vulnerables, erosionando el objetivo de equidad y aceptabilidad del SNS.

La constatación de cómo los ejes de desigualdad (género, clase social, raza, entre otros) terminan influyendo en la salud de las mujeres supervivientes, ha impulsado la investigación que se ha llevado a cabo en el marco del programa “ACCIÓN SALUD: mejora de la atención a violencias de género en el sistema nacional de salud”. Su objetivo principal consistía en ofrecer al SNS, debilitado tras años de desinversión -especialmente en atención primaria (AP)- y tensionado por los efectos de la pandemia de COVID-19, recomendaciones específicas de intervención acompañando a mujeres supervivientes.

INTRODUCCIÓN

La Guía Metodológica resultante de este proyecto de investigación tiene como objetivo **elaborar propuestas de actuación que mejoren la aceptabilidad en la atención sanitaria de mujeres migrantes supervivientes de mutilación genital femenina o en situación de prostitución.**

El artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) señala que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud...”. Para hacer efectivo este derecho fundamental los Estados deben garantizar el acceso y la *disponibilidad* a los servicios de atención de salud y que éstos cumplan los requisitos de *aceptabilidad* y de calidad.

Según Naciones Unidas, el derecho a la salud abarca cuatro dimensiones interconectadas: disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad, entendida esta última como la sensibilidad del sistema a los factores culturales, la edad y el género. La *aceptabilidad* señala la necesidad que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica, culturalmente apropiados y sensibles a las cuestiones de género y del ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate. En este sentido, podemos decir que **la aceptabilidad sería la atención sanitaria adaptada a las circunstancias personales y sociales que viven las mujeres supervivientes de estas dos formas de violencia.**

Si bien en el sistema sanitario existen orientaciones para la actuación profesional ante situaciones de violencia (ej. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género), dichas orientaciones no abarcan el desarrollo de competencias culturales sobre cómo abordar fenómenos estigmatizados como son la prostitución o los MGF, ni la comprensión cultural de la manera de vivir determinadas experiencias.

Cabe señalar, además, que a lo largo del trabajo de campo se han priorizados los perfiles de profesionales pertenecientes a los servicios de AT, puesto que se considera un lugar especialmente sensible para la detección de situaciones críticas, y desde donde es posible establecer relaciones de confianza con mujeres en situación de vulnerabilidad y activar las coordinaciones necesarias para una atención integral.



1. ENFOQUES Y METODOLOGÍA

En relación con el diseño de la presente investigación, es fundamental mencionar que Médicos del Mundo adopta el marco teórico de las desigualdades sociales en salud, que considera el género como un eje de desigualdad que provoca de forma injusta y sistemática peores resultados en salud. Asimismo, el análisis de la realidad llevada a cabo por las investigaciones de Médicos del Mundo se sustenta en varios enfoques complementarios entre sí:

- **Enfoque Integrado de Género y Basado en Derechos Humanos (EGYBDH)**, que se fundamenta en una apuesta política y ética de ubicar en el centro del desarrollo a las personas, así como la realización igualitaria y no discriminatoria de sus derechos, de modo participativo, de forma transparente y ejerciendo la rendición de cuentas. Desde este punto de partida, cualquier acción llevada a cabo cuenta con tres tipos de titularidades:
 - Titulares de Derechos (TD): personas en situación de prostitución, mayoritariamente mujeres, teniendo en cuenta las que estén en situación de mayor vulnerabilidad.
 - Titulares de Obligaciones (TO): Las Administraciones (nivel local, autonómico y estatal) en relación con los derechos vulnerados.
 - Titulares de Responsabilidades (TR): Los medios de comunicación, organizaciones de la sociedad civil, la sociedad en general, los hombres, especialmente los jóvenes.
- **Enfoque antropológico**, que implica un proceso de apertura y de aproximación a las diferentes identidades, representaciones, prácticas y conocimientos de los colectivos con los que se trabaja. Consideramos que el pleno ejercicio del derecho a la salud está, en muchas ocasiones, condicionado por la falta de reconocimiento de esta diversidad y requiere de una mirada interseccional en nuestro trabajo.
- **Enfoque de participación**, entendiendo la participación desde una mirada antropológica, como un proceso que, partiendo de la subjetividad (motivación, actitud, ...), del compromiso y de la conciencia del rango que se ocupa, favorece el cambio en las relaciones de poder a las personas implicadas (titulares de derechos, titulares de responsabilidades y titulares de obligaciones), a favor de una construcción común por el cambio social.

En cuanto a la metodología adoptada en la investigación, se ha optado por utilizar un marco de participación y aprendizaje colectivo entre mujeres supervivientes (prostitución, MGF) y profesionales de la salud (de forma acorde a los enfoques arriba mencionados). En concreto, se ha recurrido a la Investigación-Acción Participativa (IAP), entendida como un acercamiento crítico a la realidad basado en un análisis crítico con la participación activa de los grupos implicados, que se orienta a estimular la práctica transformadora y el cambio social (Hegoa, 2000). En este contexto, la investigación se ha dividido en tres fases:



• **FASE 1. DIAGNÓSTICO INICIAL.**

Se ha llevado a cabo una encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) dirigida a profesionales de la salud de los centros participantes en el proyecto (se han encuestado un total de 532 profesionales de la salud). A través de esta herramienta, se ha reunido información sobre lo que saben los profesionales de la prostitución y la MGF y se ha observado cómo se auto percibían y cómo se comportaban frente a estas situaciones de violencia en su práctica sanitaria. De forma paralela, se han llevado a cabo grupos de discusión con mujeres en contextos de violencia diferenciados por tipología de violencia (3 grupos con mujeres en prostitución y 4 grupos con supervivientes de MGF), que han permitido acceder a la información de cómo se han sentido cuando han recibido atención sanitaria y qué mecanismos de afrontamiento han adoptado.

• **FASE 2. CRUCE DE SABERES Y PRÁCTICAS.**

Esta fase ha representado el cuerpo central de la IAP y se ha concretado en la conformación de tres Comunidades de Aprendizaje orientadas a la Práctica (CAPs):

- CAPs “Atentas”, integradas por profesionales de la salud, ha servido como espacio de reflexión crítica, formación y aprendizaje sobre las dificultades que existen en la atención a mujeres en contextos de violencia.
- CAPs “Activas”, integradas por mujeres supervivientes para profundizar en sus vivencias, percepciones, emociones y propuestas para la mejora de la aceptabilidad en la atención sanitario.
- CAPs “Cruce de saberes”, integrada por profesionales y mujeres supervivientes, ha constituido un espacio relacional y de intercambio así Búsqueda de consenso y acuerdos de mejora de la atención sanitaria.

Todas las CAPs se han llevado a cabo en las 7 Sedes Autonómicas de Médicos del Mundo que han participado el proyecto: Canarias, Catalunya, Galiza (prostitución) y Aragón, Illes Balears, Castilla-La Mancha y Madrid (MGF).

• **FASE 3. SISTEMATIZACIÓN DE SABERES Y PRÁCTICAS.**

En la que se han identificado los saberes construidos colectivamente en las CAPs, así como de las prácticas orientadas a su incorporación en la atención sanitaria a mujeres en contextos de violencia. Es importante destacar, que sólo se han considerado válidos aquellos elementos que han generado consenso entre profesionales y mujeres participantes. A partir del conocimiento generado en las tres fases, se ha elaborado la presente Guía de recomendaciones para profesionales de la salud sobre el abordaje de distintas formas de violencia en la consulta.



2. MUJERES SUPERVIVIENTES DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Médicos del Mundo es una asociación que trabaja a través de la atención socio-sanitaria, el testimonio y la acción política y social, para que el derecho a la salud sea efectivo en todas las personas, especialmente en aquellas que viven en situación de pobreza, inequidad de género y exclusión social o son víctimas de crisis humanitarias. En el ámbito de la inequidad de género, Médicos del Mundo tiene una amplia trayectoria trabajando con diferentes formas de violencias de género, en concreto con prostitución y trata, mutilación genital femenina y matrimonios forzados (aunque este último no se ha abordado en el presente trabajo).

A continuación, se contextualiza la situación que viven las mujeres supervivientes de las dos formas violencias de género objeto del presente estudio, así como describir la metodología de trabajo que Médicos del mundo ha puesto en marcha al respecto.

2.1. UNA APROXIMACIÓN A LA PROSTITUCIÓN

La prostitución constituye una forma extrema de violencia hacia las mujeres y una vulneración de los derechos humanos (MDM: 2019). Representa una institución propia del sistema patriarcal que legitima un modelo de dominación masculina sobre los cuerpos y la sexualidad de las mujeres. Este control se ejerce no sólo a través del poder directo sobre los cuerpos femeninos, sino también a través del estigma asociado a las mujeres en situación de prostitución y del mantenimiento de la construcción social de la masculinidad heterosexual hegemónica.

Médicos del Mundo viene trabajando con personas en situación de prostitución y trata desde 1993 cuando se iniciaron los programas de prostitución en las ciudades de Madrid, Valencia y Sevilla; desde entonces, esta actividad ha experimentado importantes modificaciones, pasando de ser ejercida por mujeres españolas en situación de vulnerabilidad y riesgo de exclusión social, a serlo por mujeres migrantes. En 1995, se inició la actividad en Galicia, Islas Canarias e Islas Baleares, para expandirse al resto de comunidades autónomas de forma progresiva. A lo largo de estos años, se ha observado una variación sustancial en el perfil de las personas que se encuentran en situación de prostitución, habiendo pasado de un 98% de mujeres españolas en los primeros años de actuación a la situación actual en la que la prostitución se encuentra en su mayoría conformada por mujeres inmigrantes.

La prostitución es utilizada por las mujeres migrantes en España como una estrategia de supervivencia económica, influenciada por la interrelación de diversos factores estructurales en los que género, raza y clase confluyen. Entre ellos, se puede identificar (MDM, 2020c):



- La legislación en materia de extranjería, que dificulta la regularización administrativa de la población migrante y le niega su participación en la economía formal, obligándoles a aceptar situaciones de cuasi-explotación.
- La feminización de la precariedad laboral caracterizada por la parcialidad, temporalidad, los menores salarios, la discriminación y acoso sexual en los sectores racializados como el doméstico y de cuidados.
- La falta de redes de apoyo a la infancia y de medidas laborales que favorezcan la conciliación de la vida personal, laboral y familiar de las mujeres.
- Los prejuicios y estereotipos en torno a las mujeres en situación de prostitución, que obstaculizan el abandono de la prostitución y su incorporación y permanencia en el mercado laboral.
- Las cargas económicas familiares aquí y en sus países de origen.

Las mujeres en situación de prostitución vivencian distintos tipos de violencias ejercidas por diferentes agentes -demandantes, quienes gestionan los espacios de prostitución, la sociedad, el Estado y el grupo de pares-. Las violencias ejercidas por los hombres que consumen prostitución abarcan todos los tipos -violencia física, psicológica, sexual, económica y feminicidio- y no siempre es reconocida como tal por las mujeres (MDM, 2020c). La Organización Mundial de la Salud (2013) considera que las violencias de género contra las mujeres son un problema de salud pública de proporciones epidémicas y señala el importante papel de los sistemas públicos de salud en la detección y atención de estas violencias.

Consecuencias de la prostitución en la salud

La prostitución tiene una serie de efectos en la salud física, sexual y reproductiva y mental, así como en el bienestar social de las mujeres. Las consecuencias del ejercicio de la prostitución para la salud, constatadas por el personal de intervención de Médicos del Mundo, son las mismas que sufren las personas sometidas a torturas, tratos crueles, inhumanos o degradantes. Asimismo, es importante señalar que el aspecto de falta o insuficiencia del nivel de aceptabilidad del sistema sanitario con las mujeres en situación de prostitución puede tener como consecuencia que, algunas de las patologías que se mencionan a continuación, queden sin diagnosticar (con el grave impacto que esto pueda conllevar en la salud de las mujeres en el corto medio o largo plazo).



TABLA 1.

Consecuencias en la salud física

- Lesiones agudas o crónicas (contusiones, laceraciones, conmociones cerebrales, cicatrices, quemaduras).
- Discapacidades agudas o crónicas (daños óseos, daños nerviosos, daños musculares, problemas dentales, daños sensoriales).
- Problemas dermatológicos (erupciones cutáneas, picores, llagas).
- Complicaciones gastrointestinales (dolores de estómago, gastroenteritis, gastritis).
- Daños en el cerebro y/o hígado causado por adicciones.
- Fatiga, agotamiento, pérdida de apetito.
- Sistema inmunitario debilitado.
- Síntomas físicos inespecíficos (cefaleas).
- Síndrome del dolor crónico.
- Alteración del ritmo del sueño.

Consecuencias en la salud sexual y reproductiva

- VIH/SIDA ITS y complicaciones relacionadas (enfermedad pélvica inflamatoria, infección del trato urinario, cistitis, cáncer cervical e infertilidad).
- Dismenorrea o amenorrea.
- Dolor agudo o crónico durante las relaciones sexuales.
- Daños al tracto vaginal.
- Consecuencias por abortos inseguros: incontinencia cervical, choque séptico, útero perforado...
- Embarazos no deseados.
- Abortos forzados.
- Incapacidad para establecer relaciones íntimas.
- Por relaciones sexuales forzadas: pérdida de deseo sexual, trastornos menstruales, sangrado, etc.
- Por maltrato durante el embarazo: embarazo de alto riesgo, mayor mortalidad materna, etc.



TABLA 1. (CONTINUACIÓN)

Consecuencias en la salud mental

- Ansiedad crónica, ataques de pánico, fobias.
- Trastornos del sueño, pesadillas, frecuentes, insomnio.
- Fatiga crónica.
- Reducción de la capacidad para enfrentarse a problemas.
- Problemas de memoria, pérdidas de memoria, disociación.
- Somatización.
- Depresión.
- Irritabilidad, ataques de ira, agresividad.
- Pérdida de confianza en los demás, pérdida de autoestima, sentimientos de culpabilidad y vergüenza.
- Autolesiones y/o pensamientos suicidas. Suicidio.
- Trastorno de Estrés Postraumático.
- Trastornos de conducta alimentaria.
- Dependencia psicológica del agresor.
- Síndrome de adaptación psicológica a la violencia.
- Estado de hiperalerta: miedo a las represalias, desconfianza de las autoridades, etc.
- Flashback.
- Desvinculación de una misma: "abandono del cuerpo".
- Adicciones: drogas, alcohol, tabaco, juego, etc.

Consecuencias para el bienestar social:

- Dificultades de acceso a productos básicos: alimentación.
- Problemas relacionados con la vivienda (sinhogarismo).
- Aislamiento social, soledad y exclusión.
- Incapacidad para establecer y mantener relaciones de apoyo, desconfianza en los demás, aislamiento, inseguridad personal.
- Dificultades de "integración", falta de información sobre el entorno.
- Limitación en el establecimiento de las relaciones sociales e incapacidad de comunicación debido al desconocimiento del idioma, a situaciones de analfabetismo, falta de formación, grado de madurez u otras dificultades de carácter cognitivo.
- Situación administrativa o jurídica compleja.
- Estigma y discriminación.
- Problemas derivados de la violencia.
- Desatención por servicios públicos (sanitarios, sociales, extranjería).
- Desconfianza hacia el resto como autoprotección.
- Movilidad geográfica (en continuo movimiento).



En este ámbito, el programa de prostitución y trata de Médicos del Mundo tiene como objetivo general la garantía de acceso efectivo a los DDHH, la mejora del estado de salud bio-psico-social de las personas en situación de prostitución, así como incrementar su accesibilidad a la red de servicios sanitarios y sociales públicos, mejorando la promoción de la salud y la reducción de daños y riesgos asociados al ejercicio de la prostitución, así como ofrecer alternativas reales a la situación de exclusión social. Por otro lado, la presente investigación ha buscado involucrar directamente a las mujeres supervivientes en la elaboración de las propuestas para la mejora de la aceptabilidad en la atención sanitario, en función de las vivencias, percepciones, emociones y situaciones vividas.

2.2. UNA APROXIMACIÓN A LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

La mutilación genital femenina (MGF) es una práctica culturalmente aceptada en algunas comunidades que presenta graves complicaciones físicas, psicológicas y sociales para las niñas y mujeres y que se practica en 30 países del norte y África subsahariana y en parte de Oriente Medio y Asia. Según la Organización Mundial de la Salud, la mutilación genital femenina abarca todos los procedimientos que conllevan una ablación parcial o total de los genitales femeninos externos u otra lesión causada a los mismos por motivos no médicos (OMS, 10 enero de 2008).

En este sentido, la MGF representa una doble violación de derecho, puesto que es una violación de los DDHH, de los derechos sexuales y reproductivos y de los derechos de la infancia, también una forma de Violencia de Género. De hecho, aunque el acto en sí lo suelen llevar a cabo mujeres mayores, se trata de una práctica patriarcal que tiene su origen en las desiguales relaciones de poder entre las mujeres y los hombres (ONU Mujeres, 2017).

Los argumentos que sustentan la perpetuación de la MGF tienen un origen cultural e identitario en los pueblos en donde se llevan a cabo.

TABLA 2.

Creencias que sustentan la práctica de la MGF:

- **Costumbre y tradición:** obligación social, es lo que está bien visto en la sociedad de origen, lo que siempre se ha hecho y hay mucha presión social para no romper la norma.
- **Identidad de etnia y género:** rito de paso de infancia a pubertad, preparación de las niñas para ejercer su rol como mujeres, a partir de su práctica la niña es aceptada socialmente para casarse.
- **Higiene:** mujer limpia y pura, estigmatización de las niñas que no la tienen realizada, apartándolas de labores importantes para la comunidad (manipulación de alimentos).



TABLA 2. (CONTINUACIÓN)

Creencias que sustentan la práctica de la MGF:

- **Estética**, existe la creencia de que unos genitales sin cortar son feos y por ello hay mucha presión sobre las chicas que no tienen realizado el corte.
- **Control de la sexualidad:** control de virginidad y reducción de infidelidad, la finalidad del corte es eliminar el placer en la mujer, para garantizar su fidelidad, con el tipo de MGF III, se garantiza además la virginidad, teniendo que abrir a la mujer para mantener relaciones sexuales en el momento de la boda.
- **Beneficioso para la mujer:** pertenencia a la comunidad, dedicación de la casa, podrá casarse, este es un factor importante, se realiza a las niñas porque se cree beneficioso, no para hacerles daño.

Aunque se pueda afirmar que la mayoría de las razones que sustentan esta práctica están basadas en la desigualdad de género, no hay que olvidar que se trata de una práctica cultural e identitaria muy arraigada en las culturas que lo llevan a cabo, por lo cual es especialmente importante introducir un enfoque integrado en la intervención social que evite culpabilizar a las familias y trabaje en el sentido de desmontar estas creencias para promover la salud integral de las niñas que puedan verse sometidas a esta práctica en el futuro.

Si bien no existe una norma fija, la edad de mutilación se ha ido reduciendo en los últimos años, practicándose ya en niñas de muy pequeñas o incluso neonatas (en la mayor parte de los casos, niñas por debajo de 5 años, siendo el tramo entre 5 y 14 el siguiente más común). En épocas anteriores se realizaba más frecuentemente de manera grupal, con carácter festivo y de celebración, en la actualidad y fruto del avance de las leyes y campañas, la tendencia es la realización de manera individual para mantenerlo en la clandestinidad.

MGF en España

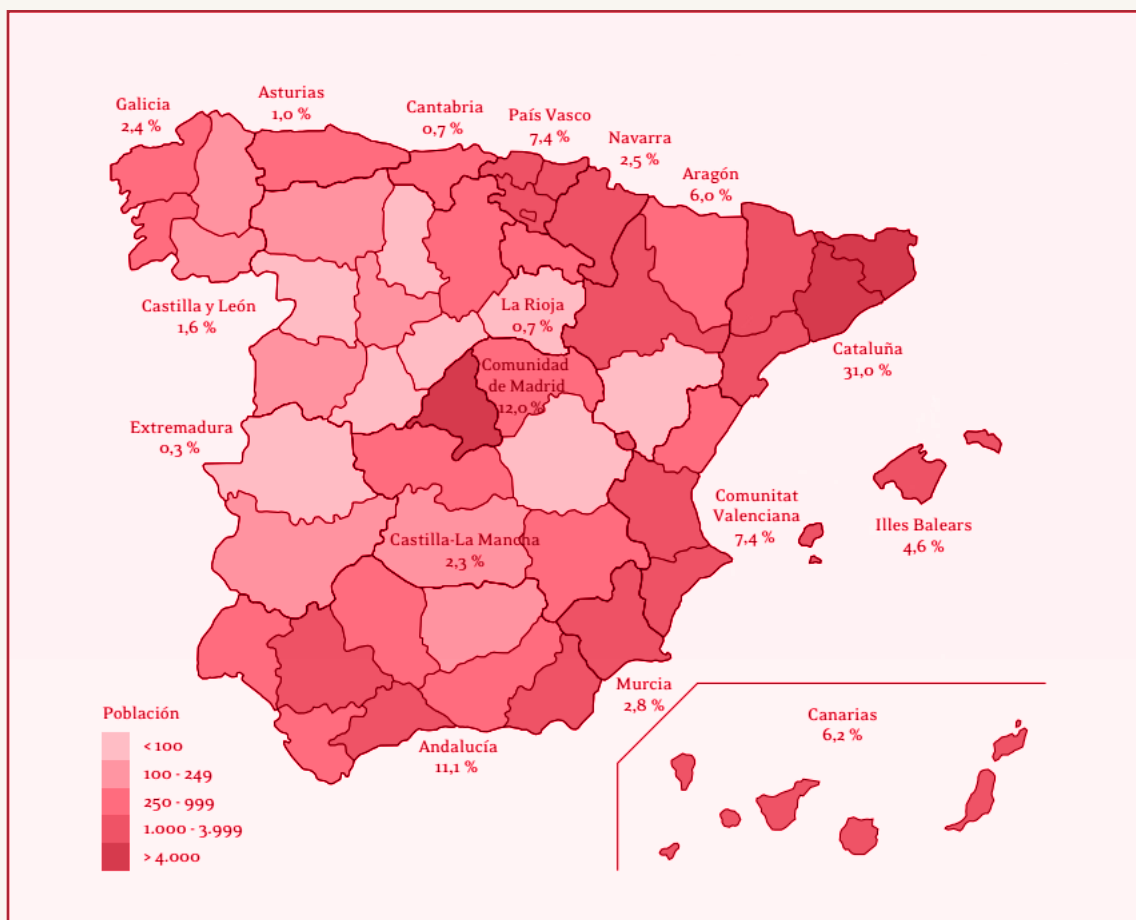
En España, la MGF está tipificada como delito de lesiones desde 2003 en el Código Penal de 1995 (art. 149) y castigada con pena de prisión de 6 a 12 años e inhabilitación de la patria potestad en el caso de menores. En el año 2005 se aprobó la normativa que permitía la persecución extraterritorial de la mutilación genital femenina. Por otro lado, desde 2002 se vienen elaborando protocolos de prevención y actuación ante la MGF en el Estado español, adoptados por diferentes administraciones, tanto a nivel estatal como autonómico y municipal.



Según el mapa de la MGF en España elaborado por la Fundación Wassu (Ajenjo M., Kaplam, A. y López, A., 2022), casi 18.836 niñas están en riesgo de sufrir MGF en el Estado Español y se calcula que viven en España más de 80.000 mujeres y niñas procedentes de países en los que la MGF es habitual, un 16,02% más que en 2016 y provienen principalmente de Senegal, Nigeria, Mali, Ghana, Gambia y Guinea.

Territorialmente casi un tercio de la población procedente de países con una elevada prevalencia de MGF empadronada en España reside en Cataluña, seguido de Comunidad de Madrid, Andalucía, Comunidad Valenciana, País Vasco, Canarias, Aragón y Baleares, que coinciden a su vez con las sedes territoriales de Médicos del Mundo donde se ha llevado a cabo la investigación)

Ilustración 1: Distribución territorial de la población femenina de origen MGF, 2021



Fuente: Ilustración 3.1 (Ajenjo M., Kaplam, A. y López, A., 2022: 38)



Médicos del Mundo trabaja en la prevención de la Mutilación genital femenina desde el año 2001, cuando se pusieron en marcha los primeros programas de mediación intercultural, sensibilización y formación sobre esta temática, además de la creación de mesas de trabajo con la administración pública en el ámbito autonómico. En este sentido, Médicos del Mundo interviene desde un enfoque integral, con el objetivo de reducir su práctica y mejorar las condiciones sanitarias y la integración social entre la población inmigrante que reside en España procedente de países donde es habitual la MGF. Sin embargo, abordar el tema de la MGF con la población de riesgo es especialmente complejo, puesto que los valores y la cultura de sus países de origen otorgan a la práctica de la mutilación muchos aspectos positivos y ponerlos en cuestión supone una ruptura con las propias creencias. Es por esta razón, que todas las actividades dirigidas a la población de riesgo (entre las cuales se incluye la presente investigación), se proyectan a corto y mediano plazo y tienen por objeto desarrollar un cambio de valores, un empoderamiento y una visión más global de la sociedad que tenga como resultado final el rechazo a la práctica de la MGF.

Consecuencias de la MGF sobre la salud

Las consecuencias de la MGF sobre la salud de las mujeres varían notablemente en función de la extensión de la escisión practicada, de la habilidad de la persona que la lleva a cabo, de las condiciones higiénicas y del estado de salud de la niña o joven en el momento de la operación. Por otro lado, y a la par de lo mencionado anteriormente (“Consecuencias de la prostitución en la salud”), el aspecto de falta o insuficiencia del nivel de aceptabilidad del sistema sanitario con las mujeres víctimas de MGF puede acarrear una falta de diagnóstico apropiado que puede tener un grave impacto en la salud de las mujeres.

La MGF es una práctica que puede traer consecuencias a nivel multidimensional (psicológico, sexual y social) que, a su vez, varían en función de su impacto en el corto, medio y largo plazo. A continuación, se mencionan algunas de las principales consecuencias que la MGF puede provocar en la salud de las mujeres.

TABLA 3.

Consecuencias inmediatas

- Hemorragias
- Infecciones
- Dolor intenso
- Shock



Consecuencias a medio y largo plazo

- Complicaciones en el momento del parto: puede haber sufrimiento fetal según el tipo de corte y cómo ha afectado a la elasticidad de los tejidos, fístulas obstétricas, recurso a cesárea, laceraciones, etc.
- Problemas menstruales
- Relaciones sexuales dolorosas
- Hepatitis B y C
- VIH/SIDA
- Queloides
- Infertilidad
- Repetición de la práctica, en caso de una mala cicatrización
- Problemas psicológicos, incluidas perturbaciones postraumáticas en forma de estrés y depresión
- Afectación urinaria

Consecuencias en las relaciones sexuales

Para abordar estas consecuencias hay que tener en cuenta que no todas las culturas tienen los mismos patrones en las relaciones sexuales y que hay culturas muy patriarcales que las basan principalmente en la satisfacción del hombre. Entre las principales consecuencias encontramos:

- Disminución o ausencia de deseo erótico, fobia al coito, frigidez, etc.
- Dolor en el coito, vaginismo, anorgasmia debido a la amputación del glande del clítoris
- Miedo y rechazo
- Afecta a la vida sexual y afectiva de la pareja

Consecuencias psicológicas

Las consecuencias psicológicas son menos conocidas y atendidas. Depende mucho de varios factores, como de si se tiene o no recuerdo del momento de la práctica de la MGF y también de cómo se afrontan las consecuencias que tiene para la vida de la mujer, ya que en muchos casos no disponen de información ni se habla del tema. Algunas consecuencias pueden ser:

- Disminución o ausencia de deseo erótico, fobia al coito, frigidez, etc.
- Dolor en el coito, vaginismo, anorgasmia debido a la amputación del glande del clítoris
- Miedo y rechazo
- Afecta a la vida sexual y afectiva de la pareja



Consecuencias sociales

En los países de origen, la valoración social que se hace de las mujeres que han sido sometidas a la MGF son favorables para ellas y para sus maridos (MdM CLM 2020). En el caso de no haber MGF, esta valoración social es negativa, para ambos perfiles, aunque por diferentes motivos y con diferentes consecuencias para su salud psicosocial.

Además, la percepción que tienen las mujeres de cómo se trata la MGF en España, nos encontramos con que las mujeres refieren una situación de malestar, se sienten juzgadas y culpabilizadas de haber sido mutiladas, estaríamos hablando de “culpabilizar a la víctima”. Cabe destacar que existe una fuerte presión social a la que están sometidas las mujeres con respecto a la práctica de la mutilación genital femenina en los países Occidentales



3. PRINCIPALES RESULTADOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

En todas las fases de la investigación, las técnicas cuantitativas y cualitativa utilizadas se han enmarcado alrededor de 3 conceptos-guía: los conocimientos, las actitudes y las prácticas de la aceptabilidad del sistema sanitario en la atención a las mujeres supervivientes. Estos tres niveles de análisis han permitido estructurar el diagnóstico inicial, así como los talleres vivenciales y las sesiones de cruce de saberes.

En este contexto, se detallan a continuación los tres conceptos que se han utilizado en la investigación para medir los factores de la aceptabilidad desde un enfoque interseccional.

- **Conocimientos:** el conjunto de saberes que el personal sanitario debería poseer para llevar a cabo una atención e intervención integral con las mujeres supervivientes, como son:
 - Protocolos
 - Contexto / realidad violencias machistas
 - Códigos y competencias culturales
 - Impacto y consecuencias en la salud de las mujeres
- **Actitudes:** la predisposición con la que el personal sanitario debería abordar las mujeres supervivientes en consulta de acuerdo a un conjunto de valores y creencias:
 - No juzgar ni prejuizar - Cuestionar creencias
 - Tener en cuenta los códigos culturales
 - Ser consciente del género/raza/origen como determinantes de la salud.
- **Prácticas:** las formas en las que el personal sanitario debería intervenir con las mujeres supervivientes a lo largo de la consulta:
 - Atención centrada en la paciente: comunicación/ escucha activa/ respeto/ empatía
 - Coordinación y trabajo en red (recursos, organizaciones, comunidad)
 - Atención integral y respuesta individualizada
 - Enfoque biopsicosocial



3.1. DIAGNÓSTICO INICIAL

En la fase inicial del estudio, mediante el cuestionario dirigido a profesionales sanitarios y los grupos de discusión con las mujeres supervivientes, se pudo contextualizar la realidad vivida por las mujeres y se ha obtenido un diagnóstico de los principales elementos relacionados con la aceptabilidad en este contexto.

Conocimientos

Entre el personal sanitario encuestado, se ha constatado un alto nivel desconocimientos de la situación de las mujeres a varios niveles, que se han visto confirmados por la versión aportada por las mujeres supervivientes que han intervenido en los grupos focales. En la tabla que se encuentra a continuación se mencionan en cursiva algunos testimonios especialmente relevantes.

TABLA 4.

Común

- Desconocimiento o falta de puesta en marcha de los protocolos existentes (solo el 20% sabe que existe un protocolo por víctimas de trata)
- Desconocimientos de las barreras de acceso (el 93% considera que es fácil obtener la tarjeta sanitaria para una persona migrante)
- Barrera idiomática

Ir sola [al médico]... yo creo que es difícil. Un día fui, no tengo nadie que me ayude, va a explicar la cosa, no me escucha. Ese día me enfado y luego lloro. Ese día me enfado mucho porque yo ¡no entiende! ¡No puedo! ¡No puedo! Ese día me anulan la cita. Ese día me hablan, tengo dolor y eso me enfada mucho, mucho. Entonces lloro [CLM]

- Falta de competencias culturales

Prostitución

- Desconocimiento de la realidad y contexto de la prostitución
- Desconocimiento del impacto en la salud de las mujeres
- Desconocimiento de prácticas de higiene y sus consecuencias



MGF

- Desconocimiento del contexto MGF: causas, donde se practica, tipos, mitos

Tienen que saber por qué... nos han mutilado, lo tienen que saber. Si lo saben sabrán mejor atender [GF AR]

- Desconocimiento consecuencia para la salud de las mujeres

Actitudes

De la misma forma que en el apartado anterior de los conocimientos, hubo coincidencia entre las respuestas de los sanitarios en la parte de actitudes y la versión de las mujeres. A nivel general, las mujeres relatan haber sufrido actitudes racistas, sexistas y estigmatizantes durante las consultas sanitarias.

TABLA 5.

Común

- Actitudes racistas
 - *Queremos que nos traten como tratan... a su misma raza. Pero hay gente que no (...) Miran el color porque son racistas [CLM].*
 - *Yo creo que solo a nosotros [nos tratan así], a mí y a mis paisanos" [BAL].*
 - *Entonces... lo único que me empieza a decir el médico es que estoy abusando de la economía de España, pero ¿cómo me dice esa cosa? me sentí fatal (...) tenía miedo de ir a él porque me contestaba fatal, no me atendía...[GAL]*
- Actitudes sexistas
 - *El médico mío de cabecera, yo siento que él fue muy mala persona conmigo siempre y desde que tengo este problema peor -tuve una fisura anal y sufrí muchísimo, muchísimo- y a veces yo iba a él y me sentía muy discriminada por él. Hasta el punto de decirme a mí, "ehhh, ¿qué te pasa?, ¿ya estás aquí otra vez?" y nunca me miraba. Yo sentía que él me trataba como un nadie, me decía "Ahh, eres una pesada" [CAN]*



TABLA 5. (CONTINUACIÓN)

- Vulneración DDHH
 - *Yo me sentí ultrajada y humillada. Porque, ni que yo estuviera pidiendo limosna, ¿me entiendes? Yo no iba por ir sino porque lo necesitaba [CAN]*
- Predominancia de un enfoque biomédico que no considera los determinantes sociales de la salud

Prostitución

- Estigma social
 - *Es que ella no se... me trató muy mal, o sea, me hizo sentir... No me dijo nada, no me llegó a atender, ni me tocó, no me dijo nada, me hizo sentir como si yo... no sé, fuera una apestada. Y yo para que me traten así, sabiendo como me siento pues prefiero no ir. Y mira que me he encontrado mal y no... ni la llamo ni nada [CAN]*
 - *Al escuchar prostituta, ya te tratan mal [GAL]*
 - *Ya que nos dedicamos en este momento a la noche, uno necesita más atención médica en el sentido de por lo que hacemos, y no darnos ese trato, porque nos ven como mal. La doctora que me tocó fue una señora ya mayor que como que eso la aterrorizada y ya, ya se puso doble guantes, yo la ví... y decidí cambiarme porque me sentí menospreciada [GAL]*
- Rechazo
 - *Cuando llegué al hospital me pusieron en observación y llegaron dos medios a hablar conmigo y hablando entre ellos. Yo tenía mucho dolor, era insoportable el dolor que sentía. Uno llegó a sentarse al lado mío y me decía, "oye mira, cuéntanos la verdad, ¿tú eres prostituta", y yo así mirándole que no sabía que contestar. Y me miraba y decía, "mira tu vida depende que me contestes esto porque yo necesito saber por dónde ir contigo, para saber qué camino tomar". Y yo pensaba, se lo cuento, no se lo cuento... ay dios mío que hago, ahí con el dolor qué estaba pasando. Al final le dije, "mira sí, yo trabajo". Y él dijo, "¿no te lo dije?" al otro compañero, "¿no te dije" y fue saliendo. (...) Me sentí mal y avergonzada, porque ahí había más gente, en aquel momento había más gente. Y la manera como él abordó el tema, fue para mi muy desagradable. [CAN]*
- Ridiculización



MGF

- Mitos y falsas creencias

Un día yo fui a mi médico para hablar de mi sentimiento de relación sexual. Pero me dijo "tú estás mutilada... cuando tú estás cortao nunca... tomas sentimiento" [CLM].

- Estigmatización y culpabilización
 - *Nos tratan como salvajes, porque hemos hecho mutilación, vienen y te revisan, tú estás postrada y tú estás ahí con vergüenza y llaman a 3-4 personas sin decirte nada, es una vergüenza y dicen "que salvajes, qué te han hecho", te discriminan, no te explican ni te preguntan cómo te sientes [M4_MAD].*

Prácticas

En relación con las prácticas ha sido llamativo en el cuestionario, el escaso conocimiento que el personal sanitario tiene de las organizaciones que trabajan temas específicos de violencia de género: solo el 48% conoce asociaciones especializadas en MGF y solo el 20% víctimas de trata). Aún así, ha resultado positivo el nivel relativamente alto de coordinación con otros recursos y entidades sociales de la zona (66%) y el 76% con los servicios sociales locales. Sin embargo, la versión de las mujeres arroja luz sobre la persistencia de malas prácticas en la atención que reciben del personal sanitario.

TABLA 6.

Común

- Falta de información sobre salud, pruebas...
 - *La médica de cabecera que tengo aquí, no sé si voy a hablar mal pero para mí no sirve para nada. O sea, no me explica, no me dice nada, y yo quiero entender" [CAN]*
- Falta de confidencialidad



TABLA 6. (CONTINUACIÓN)

Prostitución

- Medicalización del malestar / Falta de derivación a salud mental
 - *Ahora mismo cualquier cosa te mandan pastillas y no te atiende un psicólogo. Te dicen, "toma esto", te tranquilizan, pero o te quitan el problema, que lo que de verdad necesitas es soltar... eso no te lo quitan, sino que te empastillan [CAN]*
- Falta de empatía, confianza y libertad
- Infravalorar síntomas

MGF

- No existe abordaje directo de la MGF
 - *No, han hablado conmigo, pero cuando estaba embarazada, el médico vio cosa rara, yo me siento mal, no que me digan a mi nada solo como ellos quieren ver.... Vinieron más mirando, no hablan conmigo ni explican a mi nada [MAD].*
 - *A mí la verdad me hubiera gustado que me preguntaran y que lo tocáramos ¿no? que lo hablásemos, entonces es como que concienciar a las ginecólogas ¿no? las ginecólogas que te tocan si te ven algo, por lo menos que pregunten. A lo mejor algunas tendrán vergüenza de contar o desconocimiento [AR]*
 - *[Echamos en falta] que se trate el tema con más naturalidad, que no sea un tabú [AR]*
- Enfoque preventivo y punitivo
- Falta de atención integral
- Violencia obstétrica
 - *Me pregunto si es normal que cuando tienes mutilación que siempre te hagan lo del corte, como si es normal solo para mujeres con mutilación [CLM]*



3.2. COMUNIDADES DE APRENDIZAJE

El conocimiento obtenido por el diagnóstico inicial ha permitido estructurar las sesiones de Comunidades de Aprendizaje orientadas a la Práctica (CAPs) en función de las necesidades de formación y aprendizaje detectadas en profesionales de la salud; así como espacio de reflexión crítica, formación y propuesta de recomendaciones con las mujeres supervivientes.

Atentas

Las sesiones integradas por profesionales de la salud han permitido detectar con mayor profundidad las principales necesidades pendientes en cuanto a formación del personal sanitario (concepto conocimiento), la mejora de actitudes y de prácticas en la atención a las mujeres supervivientes. Fueron sesiones muy productivas puesto que, por lo general, los grupos se demostraron receptivos y colaborativos con el trabajo propuesto.

Cabe señalar, que las necesidades que se detallan a continuación no han sido detectadas en todos los grupos con la misma intensidad, pero se consideró oportuno señalar aquellas que resultan especialmente importantes evidenciar para mejorar.

TABLA 7.

Conocimientos - Necesidades de formación detectadas

- Ausencia de un enfoque de género en la salud
- Desconocimiento de protocolos, entidades sociales específicas
- Desconocimiento de consecuencias para la salud
- Desconocimiento del contexto de MGF/Prostitución

Actitudes – Necesidades detectadas

- Machismo
- Racismo
- Clasismo
- Paternalismo
- Asistencialismo

Prácticas - Necesidades de atención (coordinación, protocolo, etc)

- Ausencia de un enfoque de salud integral y comunitaria



Por otro lado, el personal profesional ha reconocido las siguientes necesidades, barreras y /o puntos de mejora en la atención a las mujeres supervivientes:

- Falta de tiempo, recursos, mecanismos de coordinación
- Personalización de compromisos
- Falta de habilidades comunicativas y competencias culturales: miedo a estigmatizar y a ser acusada de racista
- Barrera idiomática
- Dificultad identificar MGF

Activas

Las sesiones llevadas a cabo con las mujeres supervivientes han permitido: profundizar en sus vivencias y emociones; abordar el aprendizaje del concepto de salud integral en un espacio seguro; elaborar las propuestas que consideren más necesarias para la mejora de la aceptabilidad en la atención sanitaria que reciben.

Las temáticas abordadas en la primera y tercera sesión han sido respectivamente: la salud integral y propuestas de mejora. Por otro lado, la segunda sesión se ha centrado en una temática específica en el caso de dirigirse a mujeres en situación de prostitución (saberes y practicas) o a mujeres supervivientes de MGF (sexualidad).

A lo largo de las sesiones se ha podido profundizar de forma más detallada en los conocimientos y las necesidades de formación, percepción de actitudes del personal sanitario hacia ellas, así como en la necesidad de incluir prácticas de mejora en la aceptabilidad de la atención sanitaria que se resumen en la tabla a continuación.

TABLA 8.

Conocimientos - Necesidades de formación detectadas

- Desconocimiento del funcionamiento del SNS y escasa vinculación con el SNS
- Necesidad de formación que piden las mujeres supervivientes (común):
 - Formación en castellano
 - Formación en violencias de género, relaciones afectivo-sexuales, derechos de las mujeres
 - Formación sobre el funcionamiento del sistema sanitario: combatir malestares innecesarios y tener la información para reclamar en los casos oportunos



TABLA 8. (CONTINUACIÓN)

- Necesidad de formación que piden las mujeres en situación de prostitución:
 - Formación sobre sexo seguro
 - Formación en prácticas seguras de higiene íntima
 - Formación sobre adicciones
 - Formación en autodefensa feminista
- Necesidad de formación que piden las mujeres víctimas de MGF:
 - Formación sobre sexualidad, autoconocimiento y placer

Percepción de actitudes

- Discriminación, vulneración de DDHH y múltiples formas de violencias

Prácticas - Necesidades no cubiertas

- Necesidad de apoyo psicosocial (prostitución)
- Necesidad de crear canales: pruebas rápidas y acceso directo (prostitución)
- Necesidad de abordar la MGF, salir de la cotidianidad de las dolencias y reconocer síntomas propios de consecuencias tanto físicas como emocionales
- Incorporar a los hombres (MGF)

De la misma forma, es importante destacar que la participación a las sesiones grupales han resultado ser una herramienta de apoyo y empoderamiento para las mujeres, puesto que ha permitido promover el autoconocimiento y ha generado un espacio muy importante de reflexión sobre experiencias de opresión y situaciones de violencias de género, compartiendo malestares y estrategias de afrontamiento.



3.3. SESIÓN DE CRUCE DE SABERES

Las sesiones de cruce de saberes han representado espacios relacionales en los que, profesionales sociosanitarios y mujeres supervivientes, han intercambiado experiencias, sentires y ha permitido construir propuestas de actuación de forma colectiva. Asimismo, el trabajo conjunto ha permitido la deconstrucción de falsas creencias, el acercamiento y la generación de vínculo entre profesionales de la salud y mujeres, así como la validación conjunta de saberes.

Las sesiones se han estructurado de forma diferente en cada SSAA, en función de cómo se ha considerado más oportuno proceder en cada territorio y según el tipo de composición de grupo que se creaba de la fusión de las CAPs que habían tenido lugar anteriormente.

Estas sesiones han sido una potente herramienta de transmisión de sentires y necesidades en la atención sanitaria vivida por las mujeres supervivientes que se resumen en las ilustraciones que se exponen a continuación.

Ilustración 2: Sentires de las mujeres supervivientes en la atención sanitaria

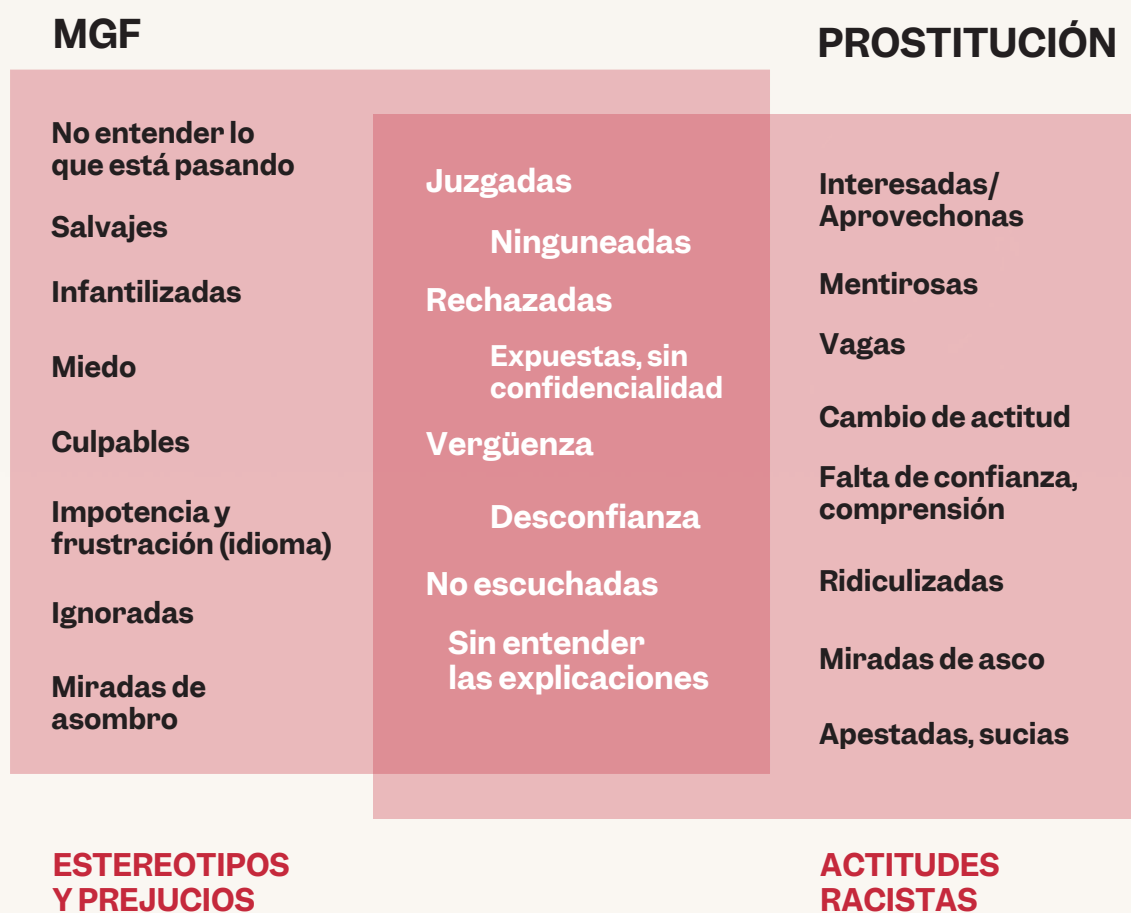


Ilustración 3: necesidades de atención detectadas por las mujeres supervivientes en la atención sanitaria



EMPATÍA

ESCUCHA ACTIVA

INFORMACIÓN

RESPECTO Y CONFIANZA

Por otro lado, toda la parte relativa a propuestas de mejora y soluciones consensuadas colectivamente que tuvieron lugar entre profesionales y mujeres supervivientes en estas sesiones, se expondrán en el capítulo final (4. Recomendaciones)



3.4. REFLEXIONES FINALES SOBRE EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN

Los resultados obtenidos a lo largo de las fases del proceso de investigación permiten plantear unas reflexiones generales respecto al nivel de aceptabilidad percibido tanto para mujeres supervivientes como para profesionales de la salud.

En general, las mujeres perciben actitudes racistas y discriminatorias por parte del personal sanitario señalando haberse sentido humilladas, rechazadas y culpabilizadas por su situación. Además, las mujeres supervivientes de MGF señalan que se las juzga y etiqueta de salvajes e ignorantes, y de vagas, sucias y mentirosas a las mujeres en situación de prostitución. En ambos casos señalan haber sido acusadas de aprovecharse del sistema nacional de salud.

El personal sanitario ha manifestado no conocer en profundidad la realidad y el contexto de estas dos formas de violencia de género, tampoco las consecuencias que éstas tienen para la salud física y emocional de las mujeres, y gran parte no conocer los protocolos existentes o cómo ejecutarlos. También han señalado inseguridad y falta de herramientas para comunicarse con las mujeres de forma empática sin estereotipar o prejuizar. Superar las deficiencias del sistema nacional de salud -precariedad laboral, listas de espera, escaso tiempo de atención, trabas para la derivación y falta de coordinación entre distintos niveles asistenciales, entre otros- y fortalecer la atención primaria es fundamental para mejorar la aceptabilidad.



4. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones resultantes del proceso de investigación se han dividido en función de los tres tipos de titularidades a la cual van dirigidas (definidas por el Enfoque Integrado de Género y Basado en Derechos Humanos) y se vertebran alrededor de los 3 conceptos-eje que han sido referentes en todo el proceso de análisis. En este contexto se destacan tres recomendaciones transversales que son especialmente importantes para proporcionar un cambio integral en el enfoque de la atención sanitaria con las mujeres supervivientes.

- Es necesario desarrollar una relacional asistencial centrada en el paciente
- Es fundamental impulsar una formación continua sobre competencias culturales al conjunto del personal sanitario
- Al mismo tiempo, resulta clave promover abordajes comunitarios

4.1. RECOMENDACIONES TITULARES DE OBLIGACIONES

Entre las propuestas de actuación recogidas destacamos la necesidad de incorporar como competencias transversales relacionadas con la salud pública; la perspectiva feminista de la salud, el enfoque antropológico y la atención sanitaria antirracista sanitaria, la formación en todas las formas de violencias de género y sus consecuencias para la salud física y emocional, así como en los protocolos de actuación existentes. Igual de importante es fortalecer la figura de mediación intercultural en el sistema nacional de salud para superar las barreras lingüísticas y culturales, junto al fortalecimiento de la salud comunitaria y el trabajo en red con los recursos sociales fuera y dentro de la consulta.

TABLA 9.

Conocimientos

Establecer como competencias transversales en la formación de profesionales:

- Perspectiva feminista sanitaria
- Atención sanitaria antirracista e intercultural
- Violencias machistas y su relación con la salud (consecuencias físicas y emocionales)
- Protocolos de atención y su funcionamiento



Actitudes

Fomentar la reflexión crítica y el cambio de actitudes:

- Fortalecer y promover el modelo de atención centrada en la paciente
- Promover la participación comunitaria y la coordinación con recursos sociales como medio para conocer el contexto y realidad
- Tener en cuenta los determinantes sociales de la salud

Prácticas

Historia clínica:

- Incorporar alertas sobre violencia sexual y MGF

Coordinación y trabajo en red:

- Coordinación entre distintos niveles asistenciales (derivaciones/trabajo en red)
- Garantizar el seguimiento de los protocolos
- Fortalecer la figura de la mediación intercultural
- Reforzar la AP y promover el trabajo comunitario

Atención integral:

- Incorporar a la cartera de servicios de salud sexual y reproductiva acompañamiento psicológico, atención sexológica y fisioterapéutico
- Facilitar acceso telefónico externo directo con entidades sociales
- Disponibilidad de material preventivo en los centros de salud



4.2. RECOMENDACIONES TITULARES DE RESPONSABILIDADES

En relación con las recomendaciones a TR, se considera clave para mejorar la aceptabilidad en el sistema nacional de salud fortalecer la relación asistencial centrada en la paciente. Par ello es necesario la formación del personal sanitario en habilidades de comunicación que permitan la empatía y la escucha activa, que favorezcan la generación de vínculos de confianza y respeto mutuo entre profesionales y pacientes y que garanticen en todo momento la privacidad y confidencialidad de las mujeres y sus experiencias.

TABLA 10.

Conocimientos
Generación de conocimiento y formación continua:
<ul style="list-style-type: none">• Conocimiento sobre las características sociodemográficas de la población• Análisis de los determinantes sociales de la salud• Formación en competencias transversales• Formación en protocolos de intervención y su funcionamiento• Formación sobre contexto de prostitución y MGF y sus consecuencias para la salud
Actitudes
Ser conscientes de los privilegios:
<ul style="list-style-type: none">• Incorporar la perspectiva feminista y la atención antirracista a la práctica clínica•• Crear clima de confianza• Acercamiento a la comunidad



TABLA 10. (CONTINUACIÓN)

Prácticas

Interseccionalidad

Coordinación y trabajo en red:

- Trabajo comunitario fuera y dentro del centro de salud
- Hacer uso de la figura de mediación intercultural
- Hacer derivaciones efectivas
- Participar en mesas de salud

Entrevista clínica empática:

- Garantizar la privacidad y confidencialidad
- Ponernos en sus zapatos, no dar nada por hecho
- Respeto, confianza
- No emitir juicios de valor, revictimizar o estigmatizar
- No responsabilizar/culpabilizar a las mujeres
- Adaptar lenguaje / Respetar tiempos y procesos
- Informar y garantizar la decisión individual



4.3. RECOMENDACIONES TITULARES DE DERECHO

Las mujeres supervivientes que han participado en el proceso quieren poder disponer de la Tarjeta Sanitaria y poder acceder toda la información relativa al funcionamiento del SNS, para así poder tener acceso a una atención sanitaria integral (que incluya las actividades preventivas y práctica de autocuidado).

Pero también piden lo que deberían tener naturalmente por derecho en tanto seres humanos: quieren ser tratadas como personas y como mujeres, no ser discriminadas y desean ser tratadas con respeto.

TABLA 11.

Conocimientos
Derecho a la salud
<ul style="list-style-type: none">• Formación sobre el funcionamiento del sistema sanitario• Formación sobre violencia de género, derechos de las mujeres y recursos de atención
Actitudes
Empoderamiento:
<ul style="list-style-type: none">• Participar en grupos de apoyo de mujeres migrantes en situación de prostitución o de supervivientes de MGF• Formación en castellano• Creación de redes de apoyo



TABLA 11. (CONTINUACIÓN)

Prácticas

Mujeres en situación de prostitución:

- Formación sobre las formas de violencia en los espacios de prostitución y las consecuencias para la salud
- Formación sobre sexo seguro
- Formación en prácticas seguras de higiene íntima
- Formación sobre adicciones
- Formación en autodefensa feminista

Mujeres víctimas de MGF:

- Formación consecuencias de MGF
- Formación sobre sexualidad, autoconocimiento y placer



ANEXOS: HERRAMIENTAS METODOLÓGICAS

ANEXO I

Cuestionario anónimo dirigido al personal sanitario en el marco del proyecto ACCIÓN SALUD de Médicos del Mundo.

PARTE COMÚN: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. CCAA
2. Identidad de género
3. Franja de edad
4. Profesión (PONER EN GENÉRICO)
 - Médico/a de familia
 - Trabajador/a social
 - Pediatra
 - Psicólogo/a
 - Matrón/a
 - Ginecología
 - Enfermero/a
 - Fisioterapia
 - Otras especialidades
5. Lugar de trabajo
 - Atención primaria
 - Urgencias
 - Hospital y/o centro especializado
 - Otros
6. Nombre del centro y municipio (opcional)

PARTE COMÚN (SALUD COMUNITARIA, VG, ATENCIÓN INTEGRAL Y ENFOQUE BIOPSICOSOCIAL)

7. ¿Conoces las características sociodemográficas de las personas a las que atiendes?
 - Sí
 - No



8. ¿Te coordinas con los recursos y/o entidades sociales de la zona?

Sí No

9. ¿Te coordinas de forma frecuente con la trabajadora social de tu centro de trabajo?

Sí No ¿Por qué?

10. ¿Crees que es fácil obtener la tarjeta sanitaria para una persona migrante?

Sí No

11. ¿Crees que el género impacta de forma diferencial en la salud de hombres y mujeres?

Sí No

12. ¿Crees que la vivienda, el nivel económico o el origen influyen en la salud de las personas?

Sí No

13. ¿Conoces algún protocolo de las siguientes temáticas que afecte al ámbito sanitario?

Violencia de género (pareja) Sí No

Mutilación genital femenina Sí No

Violencia sexual / Agresiones sexuales Sí No

Trata con fines de explotación sexual Sí No



PARTE ESPECÍFICA: PROSTITUCIÓN Y TRATA CON FINES DE EXPLOTACION SEXUAL

14. Responde verdadero (V) o falso (F) a las siguientes afirmaciones:

La prostitución permite a las mujeres ganar dinero fácilmente V F N/S

Las mujeres en situación de prostitución utilizan los IVES como método anticonceptivo V F N/S

La situación administrativa de las mujeres migrantes influye en el ejercicio de la prostitución V F N/S

Que una mujer en situación de prostitución siempre vaya acompañada a consulta puede ser un indicio de trata con fines de explotación V F N/S

Es común que los clientes se quiten el preservativo durante la actividad sexual V F N/S

La desconfianza y el miedo son emociones comunes en las mujeres en situación de prostitución V F N/S

La trata de mujeres con fines de explotación sexual siempre conlleva violencia física V F N/S

Muchas complicaciones ginecológicas de las mujeres en situación de prostitución son por falta de higiene. V F N/S

La vaginosis es muy frecuente en las mujeres en situación de prostitución V F N/S

Las mujeres en situación de prostitución no acuden a las citas sanitarias por despreocupación V F N/S



PARTE ESPECÍFICA: MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

14. Responde verdadero (V) o falso (F) a las siguientes afirmaciones:

La mutilación genital femenina es una práctica vinculada a la religión. V F N/S

Las mujeres supervivientes de mutilación genital femenina no sienten placer. V F N/S

La mutilación genital femenina de tipo II es la "resección parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores". V F N/S

La presión social y el rechazo de las comunidades dificultan la prevención de la mutilación genital femenina. V F N/S

La mutilación genital femenina no causa complicaciones en el parto. V F N/S

La mutilación genital femenina puede causar problemas de autoestima en las mujeres supervivientes. V F N/S

La mutilación genital femenina se realiza en algunas etnias de África, América Latina y Asia. V F N/S

El compromiso preventivo es una buena herramienta de prevención, pero no es vinculante. V F N/S

Siempre que se atiende a una mujer superviviente de mutilación genital femenina hay que rellenar un parte de lesiones. V F N/S

Las familias que practican la mutilación genital femenina no se preocupan por la salud de sus hijas V F N/S



PARTE ESPECÍFICA: MATRIMONIOS FORZADOS

14. Responde verdadero (V) o falso (F) a las siguientes afirmaciones:

- Los matrimonios forzados sólo ocurren fuera de España.* V F N/S
- Los embarazos no deseados pueden ser un motivo de riesgo de sufrir un matrimonio forzado.* V F N/S
- Muchas mujeres no identifican que han sido casadas de forma forzada.* V F N/S
- Las familias que practican matrimonios forzados quieren lo mejor para sus hijas.* V F N/S
- La virginidad es muy importante en las comunidades donde se practican los matrimonios forzados.* V F N/S
- La depresión, autolesiones e ideas de suicidio pueden ser un indicador de estar en riesgo de matrimonio* V F N/S
- El matrimonio forzado ocurre en familias de bajos recursos y con escaso nivel educativo.* V F N/S
- Los matrimonios forzados pueden estar relacionados con otras formas de violencia como la trata.* V F N/S
- La orientación sexual puede poner en riesgo de sufrir matrimonio forzado.* V F N/S
- La presión social de la comunidad dificulta que las familias apoyen a sus hijas en sus decisiones de pareja* V F N/S



PARTE COMÚN

15. De los siguientes protocolos, ¿cuáles utilizas en tu centro de trabajo?

	Estatal	Autonómico	Los dos	Ninguno
Violencia de género (pareja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutilación genital femenina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violencia sexual / Agresiones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trata con fines de explotación sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. De las siguientes situaciones, ¿cuáles son manifestaciones de la violencia de género?

	Sí	No
Violencia en la pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutilación genital femenina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violencia sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trata con fines de explotación sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matrimonios forzados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostitución	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. ¿Conoces organizaciones o entidades sociales que intervengan con mujeres en las siguientes situaciones?

	Sí	No
Prostitución / Trata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutilación genital femenina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matrimonios forzados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violencia en la pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



18. Valora tus competencias culturales para atender a mujeres migrantes en las siguientes situaciones

	1	2	3	4	5
Prostitución / Trata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutilación genital femenina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matrimonios forzados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violencia en la pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Valora tus conocimientos sobre la realidad de las mujeres en las siguientes situaciones

	1	2	3	4	5
Prostitución / Trata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutilación genital femenina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matrimonios forzados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violencia en la pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ANEXO II

GUIÓN GRUPO DE DISCUSIÓN: PROSTITUCIÓN

INICIO

*“Hola buenos días, en primer lugar, daros las gracias por vuestra participación en el grupo en el que vamos a hablar sobre **cómo os sentís en las consultas médicas**”*

PARA EMPEZAR: PERCEPCIÓN SALUD (DOLENCIAS COMUNES):

Podemos empezar hablando un poco de cómo es vuestra salud, si con frecuencia se os repite alguna dolencia, cómo afecta a vuestra vida cotidiana...

ATENCIÓN SANITARIA EN GENERAL

Y cuando habéis ido a alguna consulta médica, ¿cómo os han tratado, os han resuelto el problema por el que ibáis?

¿Podéis ponernos algún ejemplo de situaciones vividas y como os habéis sentido?

ATENCIÓN GINECOLÓGICA

Y en relación con la salud sexual y reproductiva, ¿os hacéis revisiones periódicas?, ¿cómo es vuestra experiencia?, ¿cómo os sentís tratadas? ¿qué es lo que más o ha sorprendido?

Algunas tenéis consultas privadas para las revisiones, ¿por qué preferís ir al privado y pagar?, ¿el trato es diferente?, ¿en qué sentido?

PROSTITUCIÓN

¿Consideráis que decir consulta que estáis en situación de prostitución cambia el tipo de atención que recibís?, ¿en qué sentido?

¿cómo respondéis a esas situaciones, qué hacéis y cómo os sentís?

¿Habláis abiertamente de vuestra situación o lo ocultáis?, ¿por qué?, ¿qué necesitaríais para hablarlo?

CONSECUENCIAS PARA LA SALUD DE LA PROSTITUCIÓN

¿Creéis que alguna de vuestras dolencias comunes está relacionada con vuestra actividad en prostitución?, ¿es un tema que relacionan cuando acudís a consulta?, ¿cómo os sentís?

VIH, ITS, ABORTOS

Quizás alguna de vosotras ha abortado voluntariamente en alguna ocasión, ¿dónde habéis acudido y cómo os han tratado?, ¿cómo os hizo sentir el trato que recibisteis?



Respecto a las enfermedades de transmisión sexual, ¿habéis pasado por alguna situación de riesgo que hayáis tenido que acudir al centro de salud?, ¿cómo fue?, ¿os comprendieron?, ¿cómo reaccionaron?

RACISMO

Todas sois mujeres migrantes, ¿en alguna ocasión os habéis sentido discriminadas por ser migrantes en la atención que recibís en el centro de salud?, ¿cómo fue?, ¿por qué creéis que pasa?, ¿Cómo os hace sentir?

¿Creéis que existe racismo en el sistema sanitario?, ¿alguna vez os han hecho algún comentario despectivo?, ¿podéis ponernos algún ejemplo?

MEDICALIZACIÓN, TRAUMA, DUELO MIGRATORIO

¿Os han recetado alguna vez ansiolíticos, antidepresivos o pastillas para dormir?, ¿en qué situaciones?, ¿os hubiera gustado otra solución, cuál?

IMPACTO EMOCIONAL

¿Pensáis que vuestras circunstancias (prostitución, inmigración, MGF) os ha generado algún problema emocional? (ansiedad, depresión, tristeza, recuerdos recurrentes, insomnio, miedo, otros)

¿Cómo lo habéis resuelto o intentado resolver? ¿Con apoyos personales? ¿Con ayuda externa (médico, psicólogo...)? Con medicación (¿ansiolíticos, antidepresivos, pastillas para dormir?

¿Os hubiera gustado otra solución, cuál?

¿Os da vergüenza reconocer estos problemas y pedir ayuda externa? ¿Por qué?

PERSONAL SANITARIO

En general, ¿preferís que os atiendan mujeres u hombres?, ¿habéis tenido alguna mala experiencia? (buscamos situaciones de “acoso”)

RECOMENDACIONES

¿Cómo os gustaría sentirlos al ir a consulta médica?, ¿qué necesitaríais para ello?

PREGUNTAS DE CIERRE

Con una palabra define y resume como te hace sentir el trato que recibes en la consulta médica



ANEXO III

GUIÓN GRUPO DE DISCUSIÓN: MGF

INICIO

*“Hola buenos días, en primer lugar, daros las gracias por vuestra participación en el grupo en el que vamos a hablar sobre **cómo os sentís en las consultas médicas**”*

PARA EMPEZAR: PERCEPCIÓN SALUD (DOLENCIAS COMUNES):

Podemos empezar hablando un poco de cómo es vuestra salud, si con frecuencia se os repite alguna dolencia, cómo afecta a vuestra vida cotidiana...

ATENCIÓN SANITARIA EN GENERAL

Y cuando habéis ido a alguna consulta médica, ¿cómo os han tratado, os han resuelto el problema por el que ibáis?

¿Podéis ponernos algún ejemplo de situaciones vividas y como os habéis sentido?

ATENCIÓN GINECOLÓGICA

Y en relación con la salud sexual y reproductiva, ¿cómo es vuestra experiencia en la consulta de ginecología o cuando habéis tenido un bebe?, ¿cómo os trataron la primera vez que acudisteis?¿, ¿os lo esperábais así?, ¿os sorprendió algo?

ABORDAJE TEMA MGF

Respecto a la MGF, ¿os han hablado de ella cuando os han hecho algún reconocimiento?, ¿cómo os hizo sentir?

Cuando no os lo han comentado en la consulta médica, ¿por qué creéis que pasa?, ¿y cómo os gustaría que fuera?

¿Consideráis que en España al haber sido mutiladas cuando erais pequeñas provoca algún tipo de reacción en el personal médico?, ¿influye en la atención que recibís?, ¿en qué sentido?,

¿cómo respondéis a esas situaciones, qué hacéis y cómo os sentís?

RACISMO

¿Creéis que existe racismo en el sistema sanitario?, ¿alguna vez os han hecho algún comentario despectivo?, ¿podéis ponernos algún ejemplo?



COMPROMISO PREVENTIVO

Algunas tenéis hijas y habréis viajado a vuestro país de origen con ellas, ¿os han dicho algo en la consulta de pediatría relacionado con la MGF?

¿Cómo se ha abordado el compromiso preventivo?, ¿os parece correcto?, ¿Por qué?, ¿cómo os gustaría que fuera?

RACISMO

Todas sois mujeres migrantes y además racializadas, ¿en alguna ocasión os habéis sentido discriminadas por ser migrantes en la atención que recibís en el centro de salud?, ¿cómo fue?, ¿por qué creéis que pasa?, ¿Cómo os hace sentir?

¿creéis que existe racismo en el sistema sanitario?, ¿Podéis ponernos algún ejemplo?

BARRERAS LINGÜÍSTICAS y MEDIACION INTERCULTURAL

Cuando llegasteis a España quizás algunas no hablabais bien el idioma, ¿necesitasteis alguna vez que alguien os tradujera lo que os decían en la consulta médica?, ¿Cómo fue la situación y cómo os hizo sentir?

¿Qué os parece la labor que hacen las mediadoras interculturales en el centro sanitario?, ¿alguna vez la habéis utilizado?, ¿de qué sirvió?, ¿cómo creéis que lo toma el personal médico?

IMPACTO EMOCIONAL

¿Pensáis que vuestras circunstancias (prostitución, inmigración, MGF) os ha generado algún problema emocional? (ansiedad, depresión, tristeza, recuerdos recurrentes, insomnio, miedo, otros)

¿Cómo lo habéis resuelto o intentado resolver? ¿Con apoyos personales? ¿Con ayuda externa (médico, psicólogo...)? Con medicación (¿ansiolíticos, antidepresivos, pastillas para dormir?

¿Os hubiera gustado otra solución, cuál?

¿Os da vergüenza reconocer estos problemas y pedir ayuda externa? ¿Por qué?

PERSONAL SANITARIO

En general, ¿preferís que os atiendan mujeres u hombres?, ¿habéis tenido alguna mala experiencia?

RECOMENDACIONES

¿Cómo os gustaría sentirlos al ir a consulta médica?, ¿qué necesitaríais para ello?

PREGUNTAS DE CIERRE

Con una palabra define y resume como te hace sentir el trato que recibes en la consulta médica



BIBLIOGRAFÍA

Ajenjo M., Kaplam, A. y López, A. (2022) Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2021, Antropología Aplicada 4. Bellaterra, Fundación Wassu-UAB
Adriana Kaplan Marcusán

Gimeno, Beatriz (2012). La prostitución. Ediciones Bellaterra, Barcelona.

HEGOA "Investigación-acción participativa (IAP)" en Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo <https://www.dicc.hegoa.ehu.eus/listar/mostrar/132> (consultado el 7/5/2022)

Juliano, Dolores (2004). Excluidas y marginales: una aproximación antropológica. Editor digital: Titivillus.

MDSOCIALESA2030 (2020). Estrategia de Desarrollo Sostenible 2030. un proyecto de país para hacer realidad la agenda 2030. <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/agenda2030/documentos/eds-cast-acce.pdf>

Médicos del Mundo (2014). Política sobre el Derecho Universal a la Salud.

Médicos del Mundo (2017). Política Sobre Mutilación Genital Femenina (MGF).

Médicos del Mundo Castilla-La Mancha (2018). La mutilación genital femenina en Castilla-La Mancha: la perspectiva de la población procedente de países de riesgo.

Médicos del Mundo (2018). Enfoque antropológico en Médicos del Mundo

Médicos del Mundo (2019). Política sobre Prostitución y Trata de Personas con fines de Explotación Sexual de Médicos del Mundo.

Médicos del Mundo (2020a). Política de Médicos del Mundo España sobre salud y derechos sexuales y reproductivos.

Médicos del Mundo (2020b). Política de participación de Médicos del Mundo

Médicos del Mundo (2020c). La prostitución como forma de violencia de género: La percepción de las mujeres en situación de prostitución

Médicos del Mundo (2021). Diagnóstico exploratorio sobre la prostitución y la trata con fines de explotación sexual en el municipio de Maó.

Metges del Món Illes Balears (2012). Prostitución y salud. Unidad 5.

OMS, 10 enero de 2008. Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud. Mutilación Genital Femenina. Informe de la Secretaria. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB122/B122_15-sp.pdf



OMS (2013b). "Violencia Sexual", Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Disponible en:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf;jsessionid=33FC25D05D65A308D2BA4BF2D414EDEA?sequence=

OMS- WHO Mutilación Genital Femenina. Datos y Cifras <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>

ONU Mujeres (6 de febrero de 2017). Declaración de ONU Mujeres con motivo del Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina.

<https://www.unwomen.org/es/news/stories/2017/2/statement-by-un-women-on-the-international-day-of-zero-tolerance-for-female-genital-mutilation>



GUÍA PARA PERSONAL SANITARIO

**MEJORA DE LA ACEPTABILIDAD EN LA
ATENCIÓN A MUJERES MIGRANTES
SUPERVIVIENTES DE MGF O EN
SITUACIÓN DE PROSTITUCIÓN**