

Connectant la defensa  
dels drets sexuals i  
reproductius (DDSR)  
del sud i del nord global:  
una aproximació des de  
les veus de les migrants  
centreamericanes  
a Catalunya.



# Connectant la defensa dels drets sexuals i reproductius (DDSR) del sud i del nord global: una aproximació des de les veus de les migrants centreamericanes a Catalunya.

Edició Farmamundi Catalunya 2024  
C/ Erasme de Janer, 8 08001 Barcelona  
Telf: 93 244 44 55  
[www.dretalasalut.salutglocal.org](http://www.dretalasalut.salutglocal.org)  
[www.farmamundi.org](http://www.farmamundi.org)

Amb el suport de la Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament (ACCD)  
Recerca i texts: Beatriz Cantero – Mujeres Pa'Lante i Grup de Recerca en Educació Intercultural, Universitat de Barcelona (GREDI)

Coordinació: Miriam García Acosta  
Suport a la coordinació: Elisabeth Llamas Reinero  
Revisió d'estil: Eva Julien  
Disseny i maquetació: Estudio contacto  
Imatge de portada: Freepik

El contingut d'aquesta publicació es responsabilitat exclusiva de Farmamundi i no reflecteix necessàriament la opinió de la ACCD.



Crèdits: elaboració col·lectiva de *defensoras centroamericanas* per a xarxes socials  
Taller facilitat per *La Cuerda-Guatemala*

Un projecte de:



Recerca i textos:



Amb el suport de :



**Coordinació:**

Miriam García Acosta  
Elisabeth Llamas Reinero

## Mujeres Pa'lante: Grup de recerca GREDI de la Universitat de Barcelona- Farmamundi

Per a l'elaboració d'aquest informe hem comptat amb la participació de dones i dissidències<sup>1</sup> migrades centreamericanes usuàries de l'Institut Català de la Salut (Barcelona i Girona).

<sup>1</sup> Persones LGBTIQ+ (nota de l'autora)

## Barcelona, octubre de 2023

Aquest informe s'ha realitzat en el marc del projecte "Connectant la defensa dels drets sexuals i reproductius (DDSR) del sud i nord global: apoderament i alineament de defensors per a la lluita contra les vulneracions de drets i la promoció de la incidència política per a la transformació real i efectiva pel compliment de l'Agenda 2030" finançat per l'Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament (ACCD).

# Índex

## 08 Introducció

## 11 Capítol 1 Marc conceptual

## 15 Capítol 2 Metodologia

- 15 2.1 Descripció de la metodologia utilitzada
- 17 2.2 Objectius
- 18 2.3 Funcionament dels grups de focus
  - 2.3.1 Guió d'entrevista per a grups de focal
  - 2.3.2 Fitxa personal sociodemogràfica
  - 2.3.3 Protecció de dades
  - 2.3.4 Perfil sociodemogràfic de les participants dels grups de focal
    - Grup Girona
    - Grup Barcelona

## 22 Capítol 3 Resultats

- 22 3.1 Accés a la informació i atenció
- 25 3.2 Qualitat a l'Atenció
- 28 3.3 Accés a educació sexual
- 29 3.4 La percepció de discriminació
- 31 3.5 Percepció sobre la salut sexual i reproductiva

## 32 Capítol 4 Discussió dels resultats

- 32 4.1 Accés a informació i atenció
- 34 4.2 Qualitat de l'atenció
- 37 4.3 Percepció de la discriminació
- 38 4.4 Percepció sobre la salut sexual i reproductiva

## 39 Capítol 5 Propostes de millora en l'atenció

## 42 Conclusions

## 46 Bibliografia

# Introducció

La salut és un dret, i el seu accés hauria de ser per a totes les persones, independentment de la seva situació socioeconòmica o migratòria. En analitzar el procés salut-malaltia-atenció, perquè sigui adequat per a tota la població, és imprescindible utilitzar una metodologia amb perspectiva de gènere i interseccional, que tingui en compte els diferents biaixos que poden operar per part dels agents sanitaris, i que poden dificultar tant l'atenció com el seguiment de la salut de les dones migrades. Així mateix, és important tenir present la conceptualització i aplicació dels drets sexuals, contracepció, educació afectiva sexual i accés als serveis de salut sexual i reproductiva que atorga l'Institut Català de Salut (ICS) a les dones migrades perquè puguin rebre una atenció digna i integral.

Aquest informe s'emmarca en la línia d'investigacions de Farmamundi sobre drets sexuals i reproductius de dones migrades

finançat per l'Agència Catalana de Cooperació (ACCD). En investigacions prèvies (Farmamundi, 2018), es va identificar una manca de coneixement de la diversitat de les cultures que s'atenen en el sistema català de salut, juntament amb la manca de competències interseccionals/transculturals i amb el projecte ACCD (Farmamundi, 2020) que elabora monogràfics sobre la salut sexual i reproductiva sobre quatre cultures majoritàries a Catalunya. Totes aquestes investigacions s'han centrat en els drets reproductius, i aquest informe té com a propòsit ampliar la discussió i abastar una temàtica relacionada, com és la salut sexual i reproductiva del col·lectiu centreamericà.

En altres investigacions i formacions realitzades per Mujeres Pa'lante s'ha detectat que les dones migrades, especialment llatinoamericanes, amb les quals treballa l'entitat, centren el seu interès de salut sexual en el període reproductiu, i no consideren

els períodes previs (infància i adolescència) i posteriors (menopausa) com a rellevants. També donen compte de les dificultats a les quals s'enfronta la població migrada per exercir el seu dret a l'accés a la salut (Cantero, 2019).

Pel que fa al dret a la salut sexual i reproductiva específicament, i tal com assenyala Farmamundi en el seu web corporatiu: “El dret a la salut sexual és dret a la salut. Ambdós drets esmentats estan directament relacionats amb el dret a la salut global. Perquè les qüestions associades a la sexualitat i a la reproducció conformen elements centrals o de principal rellevància en el cicle de vida de les persones. Condicionen el major gaudi possible d'aquest benestar físic, mental i social al qual fa referència la definició oficial. Els drets sexuals i reproductius tenen un punt en comú: fan referència als cossos, a la sexualitat i a la reproducció. Per al nostre cos és molt important que les decisions

al respecte siguin autònomes i informades, així com respectades per l'Estat i les altres persones. Des de fa un temps també s'inclou en el dret a la salut sexual l'àmbit que va més enllà del físic. El reconeixement social de la diversitat sexual pot ser un exemple de com la salut sexual s'entrellaça amb els drets i amb la salut en general”.

Segons dades de l'IDESCAT 2023, es reporta que la migració llatinoamericana és eminentment femenina: són les dones les que més migren. Les xifres ens mostren que hi ha gairebé el doble de dones migrades respecte als homes en alguns països de l'Amèrica Central. Per exemple, pel que fa a la població hondurenya, es registren 39.284 dones i 20.222 homes, en el cas d'El Salvador hi ha una població de 4,280 dones davant de 3.340 homes, i una situació similar es dona amb la població provinent de Nicaragua, en què es registren 2.748 dones i 1.525 homes. En aquesta investigació ens centrem

principalment en el col·lectiu de persones migrades, específicament dones i dissidències, d'alguns països centreamericans, com ara Hondures, El Salvador i Nicaragua.

En estudis previs s'ha detectat que els agents sanitaris, com a titulars d'obligacions, específicament professionals sanitaris d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSR), mostren desconeixement davant el bagatge cultural divers, la qual cosa genera distanciament cap a les dones migrades, així com també es mostren reticents als diferents models d'atenció i/o els diversos conceptes de salut i malaltia que tenen les persones migrants (Llamas, E., 2022).

En concret, per al col·lectiu de dones llatinoamericanes, en formacions i investigacions anteriors, com per exemple “Nosaltres, els nostres drets” de Mujeres Pa'lante (2019) ha aparegut la preocupació i manca d'informació en temes com la contracepció d'emergència, l'educació afectiva sexual, el

desconeixement dels drets a interrupció voluntària de l'embaràs que ofereix la llei a Catalunya (Llei Orgànica 1/2023, de 28 de febrer), entre d'altres.

Apropar la realitat de les dones migrades, propiciar el reconeixement de les diferents cultures i cosmovisions, les seves percepcions i experiències com a usuàries (o no) del sistema de salut al personal sanitari és clau per poder afrontar la discriminació, afavorir l'exercici ple del dret a l'atenció en salut sexual i reproductiva. Per això, aquesta investigació es planteja escoltar les veus de les dones i dissidències migrades, per aportar coneixements al sector sanitari que contribueixin a la comprensió d'aquestes visions i que redundi en la millora de l'atenció.

# 01

## Capítol 1

# Marc conceptual

Les Institucions han de garantir la igualtat de gènere, la no discriminació, el dret a decidir sobre el propi cos, a viure una vida lliure de violències en tots els àmbits, a totes les persones que habiten el territori de l'estat espanyol (Llei 1/2004 sobre violència de gènere).

En l'àmbit sanitari, s'inclouen els drets sexuals i reproductius (DSDR), aquests es deriven bàsicament de la legislació internacional sobre drets humans i concretament de la protecció a la no discriminació per raó de sexe, així com el dret a la salut que es reconeix en la Declaració Universal dels Drets Humans.

Els Drets Sexuals i Reproductius (DSDR) són Drets Humans a Espanya i a tots els estats democràtics que aposten per la igualtat, la llibertat i per aconseguir una agenda global per a un Desenvolupament Humà i

Sostenible, en el qual les persones, sense importar més raó que ser subjectes de drets, puguin estar dotades dels recursos i la informació necessària per accedir i gaudir plenament d'aquests drets. A continuació, se cita la conceptualització que fa aquest respecte l'Organització de Nacions Unides: “Els drets reproductius abasten certs drets humans que ja estan reconeguts en lleis nacionals, documents internacionals sobre drets humans i en altres documents aprovats per consens. Aquests drets es basen en el reconeixement del dret bàsic de totes les parelles i individus a decidir lliure i responsablement el nombre de fills, l'espaiament dels naixements i a disposar de la informació i dels mitjans per fer-ho, així com el dret a assolir el nivell més elevat de salut sexual i reproductiva. També inclou el dret a adoptar decisions relatives a la reproducció sense patir discriminació, coaccions o violència, de conformitat amb

el que estableixen els documents de drets humans” (ONU, 1995).

Per garantir que les polítiques públiques arribin a tota la població és fonamental que incorporin aquesta visió de drets humans de les dones, i al mateix temps utilitzin una mirada interseccional per visibilitzar diferents tipus de discriminacions com la racialització, l'edat, l'orientació sexual, la identitat de gènere, la religió i el nivell econòmic, entre d'altres.

La interseccionalitat és un enfocament que posa de manifest que el gènere, l'ètnia, la classe, l'orientació sexual, així com altres categories socials, lluny de ser “naturals”, són construïdes socialment i estan interrelacionades. Examina com diverses categories interaccionen en múltiples i sovint nivells simultanis. Proposa pensar en cada tret d'una persona unit amb tots els altres elements, per poder comprendre la identitat. Aquest marc és útil per comprendre com es produeixen les injustícies sistemàtiques i les desigualtats socials des d'una base multidimensional, i com això pot influir en l'accés a drets i a oportunitats (Crenshaw, K., 1989).

Les dificultats que viuen les dones migrades en territori espanyol tenen relació amb una càrrega ideològica patriarcal, basada en prejudicis i estereotips sexuals d'origen i de gènere que generen diverses situacions de vulnerabilitat i que les col·loca en una posició social d'invisibilitat convenient, per a la seva exclusió del sistema de protecció i garantia dels seus drets entorn de la salut i els DSDR.

Quant a la normativa catalana, la Llei Orgànica 1/2023, de 28 de febrer, per la qual es modifica la Llei Orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs assenyala que:

“El reconeixement dels drets sexuals i reproductius per part de la comunitat internacional sorgeix com a resposta a les demandes del moviment feminista que, des de fa més de tres dècades, ha insistit en col·locar en l'agenda política la importància de la protecció d'aquests drets, des del consens sobre la seva estreta relació amb el gaudi i el goig d'altres drets humans”.

En aquesta llei es fa un recorregut sobre els orígens i assenyala que: la Conferència Internacional sobre la Població i el Desenvolupament del Caire de 1994 i la IV Conferència Mundial sobre la Dona de Pequín de 1995, van desenvolupar el concepte de salut sexual i reproductiva en clau de drets... que inspira la llei catalana.

És rellevant destacar que la llei recull que: “El dret a la salut sexual i reproductiva forma part del dret de totes les persones al més alt nivell possible de salut física i mental. [...] i es relaciona la salut sexual i reproductiva de les dones amb els drets humans, incloent el dret a la vida, a la salut, a la intimitat, a l'educació i a la prohibició de discriminació”.

Un altre antecedent és la Convenció sobre l'eliminació de totes les formes de discriminació contra la dona, que en el seu article 16, estableix el dret de les dones a decidir de manera lliure i responsable sobre

la seva maternitat i el dret a accedir a la informació i a l'educació que els permetin exercir aquests drets.

Per la seva part, la CEDAW assenyala que: “els Estats tenen l'obligació de respectar, protegir i garantir els drets a la salut sexual i reproductiva, a través de recursos que han d'estar disponibles, ser accessibles físicament i econòmicament, i complir tots els estàndards de qualitat”.

La Resolució del Parlament Europeu, de 24 de juny de 2021: “incideix sobre la importància de garantir els drets sexuals i reproductius a la Unió Europea, en el marc de la salut de les dones, en definir la salut reproductiva i sexual com un estat de benestar físic, emocional, mental i social en relació amb tots els aspectes de la sexualitat i la reproducció, no simplement l'absència de malaltia, disfunció o malalties; i en afirmar que totes les persones tenen dret a prendre decisions que regeixin els seus cossos sense discriminació, coacció ni violència i a accedir a serveis de salut reproductiva i sexual que recolzin aquest dret i ofereixin un enfocament positiu de la sexualitat i la reproducció, ja que la sexualitat és una part integrant de l'existència humana”.

D'altra banda, com planteja León, B. (2020): “les desigualtats en salut són considerades diferències en salut injustes i evitables, fonamentades en els seus aspectes socials, econòmics, demogràfics o geogràfics entre poblacions. La importància de les desigualtats és extensa, ja que en l'actualitat existeixen grans desigualtats en

salut tant entre nacions com entre territoris, barris o pobles. Aquestes diferències es reflecteixen com a pitjors nivells de salut en les poblacions menys afavorides”.

És per això, i per analitzar si aquests punts de partida sobre igualtat d'accés es compleixen que aquesta investigació es proposa escoltar les veus de les dones migrades i dissidències procedents d'Amèrica Central que habiten a Catalunya, per conèixer les seves experiències sobre el seu accés a la salut, com perceben l'atenció i quines propostes fan per millorar la seva salut sexual i reproductiva.

A Catalunya la Llei 17/2020, del 22 de desembre, de modificació de la Llei 5/2008, del dret de les dones a erradicar la violència masclista, inclou la violència obstètrica i la vulneració dels DSDR com a part de la violència masclista.

D'acord amb l'anàlisi realitzat per Creació Positiva (2022) en l'Informe sobre la violència institucional en l'àmbit de la salut en general i en la salut sexual i reproductiva en particular, segons la percepció de les dones, de la normativa vigent, es recull la necessitat d’“elaborar un model d'atenció” que tingui un marc d'actuació que garanteixi que no es realitzi una victimització secundària en les dones" (Article 76 bis), així com definir la violència obstètrica i la vulneració dels DSDR de les dones com la dificultat d'accés a la informació i a la presa de decisions sobre el seu cos, la seva capacitat reproductiva i vida. (Article 3d).

# Metodologia

## 2.1 Descripció de la metodologia utilitzada

La metodologia utilitzada és fonamentalment de tipus qualitatiu, atès l'objectiu de l'estudi, pel que resulta apropiat indagar en la percepció de les dones migrades usuàries de l'Institut Català de la Salut (ICS), d'una manera propera La posició del grup de recerca és feminista, per la qual cosa s'ha donat importància tant a la recollida de dades com a la devolució dels resultats a les persones participants, per a la construcció col·lectiva del coneixement (Bartra, 1998; Blazquez, 2010). Cal destacar que les investigadores també són persones migrades, per la qual cosa hi ha una investigació més horitzontal, i s'utilitza la proposta de coneixements situats de

Haraway (1995). Es tracta d'un estudi sobre els discursos del grup participant. Biglia i Bonet (2009) proposen estudiar narratives a partir de la construcció d'un "patchwork", en què s'entrellacen els discursos per construir un relat col·lectiu, metodologia en la qual ens hem inspirat.

La recollida d'informació es va realitzar mitjançant la gravació, transcripció i anàlisi de 2 grups focals (un a la ciutat de l'Hospitalet, Barcelona, i l'altre a Salt, Girona). Cal assenyalar que el nivell d'organització de les participants és molt diferent: en el grup de l'Hospitalet gairebé la totalitat pertany a algun col·lectiu organitzat, en

L'informe esmentat destaca en relació amb la llei estatal, que a Catalunya es va elaborar un Protocol Marc per a una intervenció amb diligència deguda en situacions de violències masclistes (novembre de 2022), i a més la nova llei 19/2020, del 30 de desembre, d'igualtat de tracte i no discriminació té com a objectiu garantir el respecte a la dignitat humana i a la no discriminació "per raó de naixement o lloc de naixement; procedència, nacionalitat o pertinença a una minoria nacional; raça, color de pell o ètnia; opinió política o de qualsevol altra índole; religió, conviccions o ideologia; llengua; origen cultural, nacional, ètnic o social; situació econòmica o administrativa, classe social o fortuna; sexe, orientació, identitat sexual i de gènere o expressió de gènere; ascendència; edat; fenotip, sentit de pertinença a grup ètnic; malaltia, estat serològic; discapacitat o diversitat funcional, o per qualsevol altra condició, circumstància o manifestació de la condició humana, real o atribuïda; i inclou la salut com un dels àmbits d'igualtat de tracte".

D'altra banda, tal com planteja Estudillo et al. (2005): "Si bé es reconeix la importància de la salut de la dona lligada a la reproducció, és necessari veure més enllà per identificar els seus problemes de salut i les seves necessitats en la seva etapa reproductiva i en altres cicles de la seva vida, així com en altres rols socials, laborals i familiars, i en el conjunt de condicions que comporten majors riscos per a la seva salut que els del mascle, com la discriminació, les condicions de desavantatge en el treball, la violència en contra seva i la marginació".

León (2019) assenyala que "el poder patriarcal, colonial i capitalista oprimeix les dones limitant el dret a decidir sobre el seu cos o condicionant negociacions de poder en les relacions com si utilitzar o no mètodes anticonceptius o no en el moment de tenir relacions i condicionant la seva salut reproductiva. Decisions com no acudir a visita ginecològica o es troben d'aquesta manera influenciades per la distribució del poder. Per exemple, la por a la violència amb què es tracten els temes ginecològics en la sanitat o l'obligació de tolerar el dolor que imposa el sistema patriarcal són alguns condicionants que influeixen en la qualitat de vida".

En aquest treball es vol investigar l'accés a la salut, i a la salut sexual i reproductiva d'un col·lectiu exclòs de múltiples drets, mitjançant normatives com la Llei d'Estrangeria, i recollir les seves veus i experiències per reflexionar sobre com els diferents eixos d'opressió es manifesten en les seves realitats quotidianes, especialment en l'àmbit de la salut, i quines propostes de millora es poden fer.

canvi, a Salt no es van trobar grups organitzats amb característiques similars sociodemogràfiques i culturals, tot i que les participants en la investigació estan en procés d'organització, però amb grans dificultats a causa de l'escàs temps de què disposen.

Per desenvolupar aquesta investigació, es van dur a terme cinc sessions amb grups de dones provinents de països centreamericans (Hondures, El Salvador i Nicaragua) a través dels quals es van realitzar dinàmiques i reflexions a mode de grup de discussió. La convocatòria es va fer a través dels grups de treball interns del Fons Calala<sup>2</sup> i de les dones acompanyades per Mujeres Pa'lante. Es va treballar de manera coordinada amb totes dues organitzacions per poder arribar de manera directa al grup de dones i dissidències organitzades de Centreamèrica a Catalunya, responnent a les seves demandes específiques, garantint la participació i l'empoderament dels diferents col·lectius. Cal assenyalar que inicialment es va plantejar treballar només amb dones organitzades, però finalment es va contactar amb dones organitzades i no organitzades, de manera que van resultar grups més heterogenis en la discussió. S'han utilitzat premisses ètiques en la recollida, anàlisi i tractament de dades, i s'ha realitzat una devolució final a les participants, amb la finalitat de completar l'informe, d'acord amb pràctiques feministes, fet que permet validar-lo i comptar amb les opinions de les mateixes.

## 2.2 Objectius

Com a objectiu principal s'ha plantejat conèixer la percepció sobre salut i específicament sobre drets sexuals i reproductius de dones migrades a Catalunya d'origen centreamericà, ateses pel sistema català de salut.

- Quina és la seva percepció de l'accés?
- Quines barreres identifiquen?
- Quins temes els preocupen?
- Quina percepció tenen a l'hora de comparar països d'origen?
- Quines són les seves experiències?
- Quines recomanacions es poden extreure com a propostes de millora?

### Objectius específics d'aquesta investigació:

- Realitzar un estudi preliminar de la percepció de les dones i dissidències migrades sobre salut en general i sobre salut sexual i reproductiva en particular.
- Conèixer les barreres d'accés a la salut i salut sexual i reproductiva detectades pels participants.
- Detectar els temes que més preocupen als participants respecte a la seva salut sexual i reproductiva.
- Fer recomanacions per a la millora de l'atenció.

<sup>2</sup> Fundació Calala Fondo de Mujeres, fons que promou el desenvolupament de les dones a través de l'entrega de recursos financers, formació i acompanyament a dones d'Amèrica Central i Espanya.

# Prevenimos relaciones desiguales



## 2.3 Funcionament del grup de focus

Es va decidir realitzar el treball de camp mitjançant grups de focus per a la recopilació de dades. Dins del grup de participants centreamericanes contactades, es va comptar amb la participació de dones cisgènere i transgènere, de diferents orientacions sexuals i edats, la qual cosa va constituir una gran riquesa per a la formació de grups heterogenis. El nombre de participants dels grups de focus va ser d'entre 9 i 10 persones. Les edats estaven compreses entre 24 i 65 anys, amb una mitjana de 40 anys.

- Modalitat: dos grups de focus presencials, amb 5 sessions cadascun
- Dates: entre abril i agost de 2023
- Durada: entre 1:30 h i 2:00 h cada sessió.
- Dinamització: Mujeres Pa'lante

### **/2.3.1 Guió d'entrevista per a grups de focal**

- Què és per a tu la salut?
- Què fas si tens un problema de salut?
- Com era la situació d'accés a la salut al teu país d'origen?
- Utilitzes el sistema de salut a Catalunya? I en l'àmbit de la salut sexual i reproductiva: quina és la teva experiència?
- Vas rebre educació sexual afectiva quan eres petit/a?
- Com t'has sentit en una consulta mèdica al teu país i a Catalunya?
- Tens fills/filles? Quina va ser la teva experiència d'embaràs, part i postpart?
- Quines experiències tens respecte a la diversitat sexual i a l'atenció a la salut sexual?
- T'has sentit discriminada/t? Per qui?
- Creus que nens i nenes han de rebre educació afectivosexual? De part de qui han de rebre-la?
- Creus que la sexualitat continua després de la menopausa?
- Com t'agradaria millorar l'atenció en salut sexual i reproductiva que reben les persones migrants?

### **/2.3.2 Fitxa personal sociodemogràfica**

- Inicials del nom i cognom:
- Edat:
- Municipi de residència:
- País de naixement:
- Situació laboral:
- Persones a càrrec:

### **/2.3.3 Protecció de dades**

Les participants dels grups de focus van donar el seu consentiment informat i protecció de dades en paper per salvaguardar el seu dret a la privacitat.

### **/2.3.4 Perfil sociodemogràfic de les participants dels grups de focal**

Es van realitzar dos grups de focus: un a Barcelona i l'altre a Salt; amb un total de 19 participants. Els contactes es van fer inicialment amb grups organitzats (Dones Migrants Diverses i Mujeres Pa'lante), però posteriorment es va ampliar la convocatòria a dones i dissidències no organitzades, cosa que va determinar una diversitat d'edats i perfils organitzatius, tot i que amb un perfil socioeconòmic similar.

Grup Girona

| Inicials<br>(nom fictici) | Edat | Municipi de<br>residència | Lloc de<br>naixement | Estudis       | Situació<br>laboral                       | Persones<br>a càrrec |
|---------------------------|------|---------------------------|----------------------|---------------|-------------------------------------------|----------------------|
| <i>D.B</i>                | 28   | Girona                    | Hondures             | Primària      | Treballadora<br>de neteja                 | No                   |
| <i>E.Z</i>                | 59   | Girona                    | Hondures             | Secundària    | Treballadora<br>de la llar                | No                   |
| <i>V.B</i>                | 35   | Salt                      | Hondures             | Secundària    | Treballadora<br>interna                   | 2 fills              |
| <i>T.R</i>                | 31   | Girona                    | Hondures             | Primària      | Treballadora<br>de la llar                | 4 fills              |
| <i>N.M</i>                | 45   | Girona                    | Hondures             | Secundària    | Operària de<br>fàbrica                    | 1 fill               |
| <i>L.U</i>                | 43   | Girona                    | Hondures             | Secundària    | Treballadora<br>de neteja                 | 1 fill               |
| <i>S.G</i>                | 62   | Salt                      | Hondures             | Secundària    | Treballadora<br>de la llar i les<br>cures | No                   |
| <i>L.H</i>                | 40   | Girona                    | Hondures             | Universitària | Treballadora<br>de la llar i les<br>cures | 1 fill               |
| <i>C.B</i>                | 24   | Girona                    | Hondures             | Secundària    | Treballadora<br>de la llar                | No                   |

Taula I: A Girona en l'actualitat no existeix una agrupació de dones migrades centreamericanes

Grup Barcelona

| Inicials   | Edat | Municipi de<br>residència | Lloc de<br>naixement | Estudis       | Situació<br>laboral                       | Persones<br>a càrrec | Agrupació |
|------------|------|---------------------------|----------------------|---------------|-------------------------------------------|----------------------|-----------|
| <i>G.A</i> | 31   | Hospitalet                | El Salvador          | Secundària    | Treballadora<br>de la llar                | No                   | CMM       |
| <i>L.G</i> | 45   | Hospitalet                | Nicaragua            | Universitària | Treballadora<br>per compte<br>aliè        | 1 fill               | ACN       |
| <i>D.P</i> | 35   | Barcelona                 | Hondures             | Secundària    | Treballadora<br>de la llar                | No                   | MPL       |
| <i>L.M</i> | 30   | Barcelona                 | Hondures             | Secundària    | Treballadora<br>de la llar                | No                   | Lliure    |
| <i>P.M</i> | 45   | Barcelona                 | Hondures             | Universitària | Treballadora<br>de la llar                | 1 fill               | MMD       |
| <i>J.T</i> | 65   | Barcelona                 | Hondures             | Universitària | Treballadora<br>de la llar                | No                   | MMD       |
| <i>C.C</i> | 33   | Barcelona                 | Hondures             | Secundària    | Treballadora<br>per compte<br>aliè neteja | No                   | MMD       |
| <i>M.M</i> | 42   | Barcelona                 | Hondures             | Secundària    | Treballadora<br>per compte<br>aliè        | 1 fill               | MPL       |
| <i>M.A</i> | 41   | Hospitalet                | Hondures             | Universitària | Treballadora<br>de les cures              | 1 fill               | MMD       |
| <i>E.P</i> | 32   | Barcelona                 | Nicaragua            | Universitària | Treballadora<br>de la llar                | 1 fill               | CMM       |

Taula II: \*De les 19 persones participants és important assenyalar que al grup de Barcelona (10 persones) un 90 % forma part d'un grup organitzat.

ACN: Autoconvocadas de Nicaragua.  
MPL: Mujeres Pa'Lante.  
MMD: Dones Migrants Diverses.  
CMM: Col·lectiu de Dones de Matagalpa

# 03

## Capítol 3

# Resultats

22

El treball de camp dels grups focals va permetre conèixer les experiències i avaluacions de les dones i dissidències migrades centreamericanes participants respecte a la seva salut, l'atenció rebuda, i especialment a la seva salut sexual i reproductiva. Es va investigar sobre les necessitats i demandes plantejades, amb la finalitat de millorar l'atenció sanitària que reben. En finalitzar l'informe es va realitzar una jornada de validació amb les companyes del grup focal de Girona i de Barcelona.

### /3.1 Accés a la informació i atenció

La majoria de les participants que van migrar soles, van relatar grans dificultats en arribar a Catalunya per aconseguir la informació adequada sobre quins són els requisits per poder tenir targeta sanitària. T. explica que “aquí el que costa molt és l'empadronament, jo vaig estar 7 mesos (sense padró i sense targeta)”.

Quan les persones migrades arriben a Catalunya tenen dificultats per accedir a la informació oficial respecte a la necessitat de l'empadronament i, per tant, estan molt de temps sense empadronar-se, ja sigui per desconeixement o per impossibilitat de fer-ho en el lloc que habiten (o han hagut de pagar per realitzar el tràmit a persones que els han empadronat als seus domicilis). Per exemple, L. diu “quan jo vaig venir aquí vaig pagar carta d'invitació i empadronament, jo pagava 100 euros mensuals, vaig

pagar durant un any 100 euros mensuals”. Això ha comportat (quan acaben d'arribar) dificultats per obtenir la targeta sanitària, no saben que poden aconseguir-la en empadronar-se i tampoc saben els drets que poden exigir al tenir-la. Els serveis de primera acollida dels ajuntaments no sempre donen aquesta informació. Hi ha desconeixement sobre el sistema d'atenció sanitària, els llocs als quals han d'acudir i si té algun cost o no. Les persones participants valoren molt la targeta sanitària, ja que els permet ser ateses en diferents centres de salut i l'obtenen a Catalunya només amb el padró.

D. recorda que: “jo vaig tenir un problema quan vaig arribar, vaig anar a urgències amb la meva germana, ella em va dir: ‘anem a urgències’ i el primer que em van dir a l'hospital és que si portava assegurança o tenia la targeta de sanitat i jo els vaig dir que no i llavors em van dir que havia de pagar, llavors jo bé...”.

Un 84 % de les participants (16 de 19 en total en ambdós grups) exerceixen tasques de cura com a treballadores de la llar i de la cura. A més, una treballa com a operària i dues, en tasques de neteja per empreses. En el cas de les treballadores de la llar i de la cura, els resulta difícil que els facin contracte o les empadronin, en pocs casos són contractades, empadronades i reben un tracte adequat. E. ens diu: “on jo treballava ningú em volia empadronar, ni fer-me contracte, però apareixien persones amb qui feia amistat i em deien ‘jo t'empadronaré’, però on jo llogava o on treballava res d'empadronament, ni res de res, jo vaig estar 4 anys i en ‘negre’”<sup>3</sup>. És un espai laboral al

qual accedeixen moltes persones en situació administrativa irregular, pel que desconeixen que tenen drets. És habitual que al començament treballin de forma interna (la meitat del grup ho va referir com a primer treball), sol regir-se segons les normes que dicti la família per a la qual treballen. En els grups es menciona que aquest treball les vulnera, ja que hi ha experiències d'abusos sexuals i violència psicològica i física.

Una situació que emergeix d'aquests relats, ja referit per Bofill (2017) i sobre la qual hi ha pocs estudis és “el testimoni de dones migrades treballadores de la llar que han patit assetjament sexual... no es tracta d'un fet aïllat, l'assetjament (forma part) dins de l'experiència de vida d'aquestes dones, fortament marcada per la violència masclista en totes les seves expressions: laboral, dins de la parella, domèstica, institucional. La condició migratòria, la precarietat i la manca de regulació que caracteritza el treball de la llar i dels cures —principal niu laboral de les dones migrades—, i la manca d'accés a la justícia, són factors que expliquen també l'assetjament sexual, l'expressió concreta que pren en el cas de les treballadores de la llar i les dificultats que sovint troben per fer-li front”. Un testimoni d'això: E. de 59 anys, ens explica “quan vaig arribar, vaig trobar feina en una casa, em van portar allà a un poble i estava tancada allà, no em deixaven sortir i no em pagaven o em donaven una mica de diners, l'home va estar abusant de mi tres mesos i mig, jo no tenia on anar, no coneixia res i l'home aquest venia a dormir amb mi i jo no sabia què fer. Què podia fer? És que et tracten com a esclava”. En aquest cas, E. no va denunciar ni va rebre l'acompanyament

23

<sup>3</sup> Pagaments no enregistrats, en B.

adequat, va ser a l'inici de la seva migració, diu que ho té superat i no vol parlar-ne. Per a nosaltres és molt important posar-ho de manifest perquè és una realitat silenciada sobre la qual és necessari posar el focus. Aquesta situació d'abús també està inclosa a l'informe Tirar del hilode la Red de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (2021).

D'altra banda, les participants comenten que algunes no aconsegueixen rebre permisos per realitzar tràmits o acudir a l'assistència mèdica quan ho necessiten i per això solen ajornar la seva salut en benefici de conservar la feina. Perceben que, com que la majoria del temps, per la seva situació familiar o laboral exerceixen treballs de cura cap a altres persones, això les fa ajornar el seu propi benestar, la qual cosa es reflecteix al moment de buscar atenció mèdica. Sobre això E. comenta que: "hi ha alguna cosa que t'ho valora, no? és un permís que ells ens han de donar i a mi em deia (la persona ocupadora): 'sí tu vas al metge et prendré un dia per pagament d'això'.

Parlar d'accessibilitat implica considerar diferents factors, no només la disponibilitat dels serveis de salut, sinó també la possibilitat que les persones puguin anar a aquest espai; i considerar el cost, no només d'assistir-hi, sinó també el que es pot perdre en remuneració per rebre atenció, cosa que significa a la pràctica una manca de drets. També quan es parla d'accessibilitat s'ha de considerar el temps que es triga a rebre-la. Sobre aquest aspecte hi ha diferents experiències, per exemple, N. diu: "jo rarament truco al metge perquè quan li truco, he d'esperar que em truquin [per que em donin la cita] i em truquen al cap d'un mes, quan ja no tinc res, (...),

tinc cita per al setembre,[però] el malestar ja ho tinc ara".

A més, es detecten diferències quant a l'accés a la salut a causa de la localització. En el grup de Girona es percep que l'atenció és més expeditiva, probablement per la menor pressió assistencial. La majoria de les participants que han viscut a Barcelona o coneixen experiències de qui viu allà mencionen que l'atenció sanitària a Girona és millor (més fàcil), ho atribueixen al fet que hi ha menys població per cada entitat sanitària, per tant l'atenció pot ser més dedicada, expeditiva i eficient, també els agrada el fet que no és impediment el lloc on estiguin empadronades per triar el centre sanitari on ser ateses, ja que n'hi ha alguns que tenen més bona valoració, com en el cas de Girona, l'Hospital Santa Caterina i els serveis del territori de Salt. Pel que fa al grup de Barcelona, relaten que l'adscripció a un servei és més rígida i condicionat per l'empadronament. Es fa la excepció que, en temes de salut infantil, el sistema en general a tot el territori que coneixen és bastant expeditiu i eficient. També valoren els seguiments que fan algunes ginecòlogues, que els contacten via telefònica o per correu electrònic, també valoren que es fan les derivacions a salut mental i això està molt ben valorat per les persones participants.

### /3.2 Qualitat de l'Atenció

En termes de qualitat de l'atenció sanitària, es reporta una multiplicitat d'elements per valorar-la:

#### • Temps d'espera per obtenir cita:

Moltes participants consideren que els temps d'espera per a les cites són molt elevats, no només en salut sexual, sinó en totes les prestacions. D. Relata que "a vegades costa que donin hora, si la demanes costa que donin hora". Aquesta mateixa experiència comparteix S.: "Ara vull canviar-la (la metgessa de capçalera) perquè no m'agrada, com li dic que no li posa interès al que un necessita... només diu 'a què vens?' I quan arribo a explicar-li ella així, només així a l'ordinador, ni tan sols em mira, 'ja està' diu, 'ja te'n pots anar' i jo li dic, que volia que em receptés unes anàlisis, perquè només m'han fet anàlisis dues vegades i jo li dic que vull que em faci una anàlisi de sang perquè no em trobo bé, aquest dia notava la pressió molt alta. 'Sí, et demano anàlisis, ves allà al mostrador que et diguin per quan et poden donar cita'. Me la van donar per al cap de quatre mesos, la cita per treure'm sang perquè estava ple, dic jo sembla que ni per a la salut tinc sort, perquè [això passa] sempre que hi vaig...". D'altra banda, les participants relaten que moltes vegades els metges de família no les deriven a especialistes. E. relata: "Jo suo més del compte, m'ofego, sembla que porti una aixeta aquí, però jo vull anar amb l'especialista, amb la ginecòloga i no em donen hora amb ella, li he de dir jo

a la doctora que m'envii amb la ginecòloga per explicar-li que pateixo d'insomni per això mateix i encara que faci molt fred, jo per moments m'ofego i em venen aquests grans 'calorones"<sup>4</sup> (per la menopausa)".

#### • Durada de l'atenció a la mateixa cita:

Hi ha una valoració negativa sobre el temps d'atenció, ja que que els sembla molt breu, i consideren que no tenen prou temps per explicar els símptomes pels quals acudeixen a la consulta o per explicar la seva història clínica.

#### • Manca d'escolta per part d'agents sanitaris:

Moltes vegades les dones decideixen no acudir a les llevadores o ginecòlogues perquè senten que no seran ateses adequadament i que no podran rebre una resposta satisfactòria al seu malestar, i deixen passar el temps en relació amb la seva salut. S. comparteix la seva experiència: "Fa set anys que visc aquí i només he anat tres vegades al metge perquè realment no m'agrada com em tracta la metgessa, mai em mira, només es posa així i jo a la llitera, com que quan té una malaltia un no pregunta no deixa ni que els expliquin, ni res i només em posa allà i ja està". Específicament en salut sexual no totes han sol·licitat atenció ginecològica, aquelles que hi han anat mencionen el llarg temps per tenir les cites i també

els curts temps d'atenció, com es va esmentar anteriorment. Una participant relata que “he demanat (cita ginecològica) i no me l'han donat perquè no la necessito, perquè si no tinc vida sexual activa no tinc necessitat de tenir un control mèdic, això em va dir la doctora i la infermera també”.

No tot són males experiències, T. relata: “Tinc el privilegi que ella (la metgessa) em busqui i em preguntí ‘T'has fet la citologia?’ Que jo recordi ni al meu país, ni aquí, si no m'hagués fet allà i llavors em va dir, molt bé les anàlisis, me les fa una vegada a l'any, com que em perdo diu ella... em va trucar i em vaig fer les anàlisis, com que jo pateixo molt d'ansietat, llavors ella està molt dependent amb mi”.

### • **Accés a un diagnòstic i medicaments adequats:**

Les participants relaten que sovint als centres mèdics solen receptar ibuprofèn o paracetamol per a gairebé qualsevol mal. M. recorda que “vaig haver de buscar una solució pel meu compte perquè no suportava el dolor, llavors vaig anar a l'hospital i em van donar a entendre que jo estava només malament dels nervis, per relaxar-me i tranquil·litzar-me em van donar un diazepam, una injecció i em van dir: ‘vostè està malament dels nervis’”, amb això la deslegitima i dona una solució de pedaç que no millora la seva condició. Per la seva part, P. comparteix: “em van fer un control general però després el mateix de 'per a què' si al final només per receptar-me ibuprofèn i al final per a nosaltres

com a treballadores dels serveis domèstics i les cures internes, anar al metge era una cosa difícil, l'accés difícil, les anàlisis quan hi havíem d'anar al matí, és difícil, llavors aquí entres en una complexitat”.

### • **Ús de recursos alternatius propis:**

Tot i que la situació descrita anteriorment de barreres d'accés també passava als seus països d'origen, això determina que moltes d'elles acudeixin a la medicina natural que van aprendre en els seus territoris i que continuen aplicant aquí per tractar dolors menstruals, complicacions de l'embaràs, dolors musculars, mals de cap, constipats, molèsties pulmonars, etc. La medicina natural a la qual recorren sol ser un preparat d'herbes, cataplasmes d'herbes, friccions, banys de vapor amb plantes medicinals, aquest coneixement ha estat transmès de generació en generació i segueix sent molt valorat per elles, ja que han vist millores en els seus estats de salut. V. comparteix que ella usa: “també medicaments naturals perquè la meva mare és de 'Tierra Adentro’<sup>5</sup> i és clar ella va créixer que la meva àvia tot ho curava amb herbes”. Al seu torn, E. recorda: “hi ha una herba que li diuen ‘fulla blanca’, la fulla blanca és com un anti-biòtic i jo a casa meva l'estimava molt, no me l'hagin de tallar, això és però boníssim per a les infeccions de regla, dolors, dolor d'estómac, tot això, l'epazote...”. Tanmateix, els agradaria que en el sistema de salut se'ls indiquessin medicaments i/o teràpies que realment resolguin els seus mals i que tinguin efecte per a la seva millora.

### • **Malalties més esmentades:**

Malalties relacionades amb la seva activitat laboral, com dolors físics per moviments repetitius i necessitat de fer esforç físic. També es refereixen a malalties de salut mental com ara depressió, ansietat i insomni, cosa que elles atribueixen a la situació d'instabilitat per la seva condició de dones i dissidències migrades, així com a la vulnerabilitat i als abusos que solen rebre en els seus treballs. Comenten que els agradaria disposar d'espais de conversa i solidaritat entre dones per generar una xarxa de suport que les ajudi en la cerca de millorar la seva salut mental, ja que reconeixen que els medicaments són un element útil en aquest aspecte. Tot i això, assenyalen que com que no tenen una rutina més estable i menys estressant, els resulta difícil avançar en la cura de la seva salut mental. Aquest tema és rellevant perquè hi ha casos greus, com el que relata E.: “Aquí hi ha dones (migrades) que s'han mort, s'han llançat, de depressió, s'han llançat dels pisos, de l'estrès”.

### • **Violència obstètrica:**

A Centreamèrica expliquen que van viure bastant violència obstètrica que només ara poden reconèixer, perquè abans ho vivien com a procediments típics de salut sexual, exàmens, esterilitzacions, procediments sense informació ni consentiment o la denegació d'esterilització per ser “molt joves” o “tenir només un fill o filla”. En aquest sentit, diuen que ara tenen més consciència dels seus drets.

<sup>5</sup> És a dir, de la zona rural o del camp en el país.

### /3.3 Accés a educació sexual

En matèria d'informació i educació sexual, gairebé cap de les participants va rebre educació sexual dins de les seves famílies i molt poques vegades a les escoles a Centre Amèrica. Entre les seves experiències, relaten haver-se informat per altres dones, amigues, companyes d'escola o familiars dones, però no pels seus pares o mares.

Reconeixen els seus països d'origen com a societats molt reservades respecte de la sexualitat i on encara avui en dia hi ha molts temes considerats tabú. Relaten que en relació amb la menstruació no van rebre informació fins al seu primer període, per la qual cosa van sentir molta de por a experimentar una situació nova i desconeguda, molta angoixa per part del seu entorn amb el discurs que ara es convertirien en dones i la sobreexposició que patien en el moment de començar a menstruar, mencionen no haver rebut informació ni educació sobre trobades sexuals, les possibilitats d'embaràs o infeccions de transmissió sexual. En recordar les primeres regles, E. recorda: “Jo vaig plorar perquè d'on em surt això, sang i a mi, la meva mare no m'havia dit mai res d'això, vaig passar tres dies trista”. Una altra participant, L. comparteix: “Jo creia que m'havia fet mal, com que anava molt amb bicicleta”. Moltes van ser mares joves per aquest mateix motiu, tampoc recorden haver rebut informació efectiva sobre com començar o mantenir alguna relació amorosa, la qual cosa les va mantenir durant molts anys en relacions abusives o

poc amoroses i relacionen això també que existeix molt d'abús sexual als seus països. Aquests abusos són perpetrats habitualment per familiars o persones properes, i també dins de la parella per l'estructura masclista i patriarcal de la societat centreamericana.

Moltes d'elles es van criar amb les seves àvies, que provenen d'una tradició de tabús sobre els processos de la sexualitat i per tant no van tenir accés a informació adequada, moltes tenen els seus fills i filles a Centreamèrica i a causa que aquesta infància està sent cuidada per les seves àvies, les dones tenen discussions sobre l'accés a la informació que necessiten les infàncies i adolescències sobre aquest tema. L'experiència de viure a Catalunya les fa més favorables a voler donar més informació als seus fills i filles. Fan la diferència respecte de l'embaràs, ja que en la societat centreamericana és més comú ser mare des de molt jove, moltes mencionen haver-se embarassat als 15 o 16 anys i que a Espanya s'espera molt més per tenir fills, visualitzen que les dones aquí prioritzen les seves carreres professionals i laborals per sobre de formar una família i que també esperen tenir estabilitat socioeconòmica per embarassar-se. En relació amb els seus països d'origen atribueixen l'embaràs a edat primerenca a la falta d'educació sexual, però també a una societat patriarcal i conservadora que els incita a formar una família a edat primerenca i deixar de banda el seu desenvolupament personal, centrada en l'amor romàntic i voler marxar de casa dels pares. Les participants fan referència que a Centreamèrica hi ha molts abandonaments

paterns i desintegració familiar, de la mateixa manera plantegen que els embarassos a edat primerenca, sense una estabilitat econòmica, impliquen que es perpetui una societat econòmicament pobra.

Les participants reconeixen que durant els últims anys ha canviat l'accés a l'educació sexual a les escoles de Centreamèrica, hi ha programes d'educació sexual i accés a anticonceptius, però encara existeix la censura per part de les famílies que moltes vegades els impedeixen als joves l'accés a les instàncies d'aprenentatge; a més a més, com que el professorat comparteix la matriu religiosa dificulta el tractament sense prejudicis de la sexualitat. Per la seva part, V. diu: “crec que els pobles de 'Tierra adentro' són molt més reservats, les persones que viuen als pobles, però els de la ciutat ja ho saben tot perquè ja els pares, fins i tot a l'escola on van els meus fills, els mestres a l'inici de classe es reuneixen amb els pares per dir-los que ja han d'explicar als fills el moment de quan es desenvolupen, els nois, peluts, a les nenes a les seves parts íntimes, la regla i al moment de quan també per a relacions que els aconsellin els mètodes de planificació perquè des dels centres de salut també fan xerrades a les escoles els promotors que treuen salut comunitària i hi van policies i tot i estan molt més involucrats i reben més formació, llavors ja no hi ha tanta ignorància com quan vam créixer nosaltres perquè ja en parlen més”. Consideren que a Espanya sí que està molt més avançat aquest tema,

que a les escoles entre els i les joves també parlen dels temes de sexualitat i dins de les famílies. Totes creuen que és necessari que existeixi educació sexual i afectiva en els establiments educatius i dins de les famílies amb un enfocament d'autconeixement, de prevenció de malalties de transmissió sexual, d'obertura a les diversitats sexuals i de gènere i que permeti establir relacions amoroses sanes, lliures i de benestar recíproc. Diuen que no ha estat fàcil adonar-se'n, però ho constaten en la relació amb les seves filles especialment.

Pel que fa a la diversitat sexual a Centreamèrica, perceben que hi ha molta discriminació i violència. Valoren que a Europa hi hagi més acceptació i lleis que protegeixen la diversitat sexual. N. relata: “(...) Quanta gent al meu país hi haurà que vulgui sortir de l'armari, però passa que tenen por, ‘porque somos buenos para juzgar’”<sup>6</sup>

### /3.4 La percepció de discriminació

El racisme i els estereotips en la consulta mèdica estan presents i això s'agreuja per la manca en general de personal en el sistema sanitari català i de personal sensibilitzat respecte a la diversitat cultural del territori. Moltes dones participants relaten que s'han sentit un número i no una

<sup>6</sup> Dit típic de països com Hondures i El Salvador, significa que la societat tendeix més a jutjar que a acceptar la diversitat.

persona a la consulta, i això determina una visió deshumanitzada, en què s'infantiliza i no es té en compte la història de les dones. Un exemple d'això és el relat de P.: “perquè la metgessa quan jo li vaig dir a ella que si em podia veure un especialista em va dir: ‘però tu és que aquí ni seguretat social has d'estar pagant’ i llavors jo li vaig dir ‘perdona, si no t'has vist la documentació tinc papers -no sé quant, cinc anys- crec que feia que tenia els papers, la documentació i per a la teva informació estic treballant també”. La necessitat d’haver de donar constantment explicacions es viu com a discriminació.

Es percudeix racisme, ja que les participants senten que no els presten gaire atenció per ser “llatines”. L. comparteix: “volem poder tenir l'accés a l'atenció i a la informació i llavors hem posat això de tenir en compte els aspectes socioculturals perquè també mirem, com també les dones que no som d'aquí, en el cas aquí hi ha discriminació racial i això doncs no et fa sentir còmoda des del moment que mires que t'estan atenent d'una manera amb mala cara”. Altres participants comenten que algunes de les seves molèsties han estat atribuïdes pel personal mèdic només al seu sobrepès, és a dir, que tenen tal molèstia o que es veu agreujada pel sobrepès i elles senten que hi ha molta insistència només amb el tema del pes i no s'avaluen altres factors.

En aquest aspecte es detecta l'estereotip de “les llatines s'alimenten malament”, que estigmatitza tot el col·lectiu de dones migrants. De la mateixa manera es detecten discriminacions en l'àmbit de la diversitat

sexual, i les dones no heteronormatives, una dona lesbiana i una dona trans relaten dificultats en la seva atenció, degut que no segueixen la norma de gènere. Algunes companyes van mencionar que aquesta situació també es detecta en l'atenció de dones treballadores sexuals. E. relata que quan va anar a la revisió ginecològica i va dir que tenia parella li van preguntar si usava preservatius i la ginecòloga va riure per no utilitzar-los, assumint que era heterosexual i, segons ella, per la seva opció sexual no en requereix (de preservatius)<sup>7</sup>. No va haver-hi una pregunta curiosa, sinó que es va presumir la seva heterosexualitat sense més.

La rigidesa del sistema fa que les persones se sentin excloses i que hagin de seguir un camí poc flexible en què no es consideren els temps i horaris possibles per a les dones que han d'obtenir cites que “a vegades no poden utilitzar” per impossibilitat laboral i horària. L'absència a les cites programades implica retard per a altres persones, situació de la qual són conscients, per això les participants suggereixen més flexibilitat per al canvi de cites, ja que els permisos són difícils d'obtenir. El més habitual és que quan modifiquen una cita mèdica es retarda molt en el temps.

Algunes participants, no obstant això, van rebre una atenció adequada i de qualitat i se senten afortunades per això. El comentari general és que “és qüestió de sort”, ja que les experiències són diferents.

### /3.5 Percepció sobre la salut sexual i reproductiva

En relació a la salut sexual i reproductiva, totes les participants mencionen que han rebut o tenen informació sobre els recursos existents a Catalunya, com ara l'assistència en mètodes anticonceptius, píndoles, DIU, implants anticonceptius i que són de fàcil accés. A més a més, diuen que han estat informades en el moment de ser ateses ginecològicament i que el seguiment d'aquests tractaments és eficient. Les participants més joves prenen anticonceptius o porten el DIU, ambdós mètodes els han obtingut en el sistema de salut públic català i la majoria de les dones són esterilitzades després dels seus embarassos si així ho desitgen. Pel que fa a això últim, algunes participants comenten que saben de l'existència de casos de lligadures de trompes fallides als seus països d'origen i diuen que no confien en aquest mètode perquè no el consideren totalment segur.

Quant als embarassos i els parts, només una de les participants als tallers ha tingut un part a Catalunya, però les altres sí que mencionen que coneixen casos en què les dones han rebut una bona atenció i seguiment dels embarassos i una bona atenció en els parts. Valoren el fet que les parelles puguin ingressar a la sala de parts i el seguiment que es realitza a les mares i els nadons en els centres de salut. N. comparteix: “aquí jo sé que els parts

són molt bonics perquè la meva neboda va néixer aquí i el que m'agrada és que la seva parella va poder ser-hi en el moment, un en aquest moment necessita el suport d'algú, no només la parella, la mare, algú que estigui allà, a mi això m'agrada”. Recordant els seus parts a Centreamèrica, un 25 % d'elles relaten situacions de violència obstètrica relacionades amb el tracte violent en el part, la poca empatia i la solitud que van sentir a l'hora de parir als hospitals, moltes expliquen que van patir episiotomia i/o anestèsia epidural sense el seu consentiment ni informació sobre aquests tractaments. N. recorda: “Jo vaig tenir un part normal que em va costar molt i no, no va ser una bona experiència, el vaig tenir en un hospital escola i, ai, mare meva! Em tenien amb dolors allà caminant de dalt a baix, jo sentia que em moria”.

<sup>7</sup> Malgrat que la participant considera que se va assumir la seva heterosexualitat; és important recalcar que la professional sanitària que la va atendre tampoc li va explicar que encara que mantingués relacions sexuals amb altres dones, sempre és necessari comptar amb protecció, a causa dels riscos de contraure ITS, tal com està recollit en estudis científics. (Lazcano, 2019)."

## Capítol 4

# Discussió dels resultats

### /4.1.

#### Accés a informació i atenció

Tot i que l'accés a l'atenció d'urgència està garantit per llei estatal (RDL 7/2018), es delega sobre les comunitats autònomes la gestió de l'accés de les persones migrants en situació irregular. Això fa que depenent del lloc territorial, i fins i tot del centre d'atenció, a les persones que no tenen la targeta sanitària se'ls pugui cobrar per l'atenció, ja que s'apliquen terminis o limitacions que varien segons les comunitats (després de 3 mesos d'arribada, o mentre estigui vigent el visat). Per a l'obtenció de la targeta sanitària és necessari disposar d'un padró. D'acord amb les directrius autonòmiques a Catalunya, la Generalitat reconeix el dret a ser empadronat de totes les persones, i al juny de 2023 s'ha posat en marxa un

protocol de derivació amb el Síndic de Greuges perquè les persones a qui se'ls dificulti aquest dret facin la seva reclamació per solucionar aquest inconvenient. No obstant això, són múltiples els casos de municipis que no faciliten aquest primer tràmit administratiu i, per tant, vulneren els drets d'accés a la salut i a l'educació.

Un primer fet que relaten les participants és la dificultat d'accés a la informació, ja que les persones que es troben en situació administrativa irregular, si no tenen família o persones de contacte a la seva arribada que els ho comuniquin, ignoren que tenen drets. A més, com assenyala Monteros (2020), les persones migrades

estan “incloses en el mercat laboral, però excloses de la ciutadania” i cal afegir la incoherència que suposa treballar en un sector considerat essencial per al desenvolupament econòmic del conjunt del país. “Un/a de cada dos treballadors/es extracomunitaris està empleat en una de les ocupacions considerades essencials per la Comissió Europea: netejadors i assistents (40 %), mineria i construcció (20 %) i cures personals (12 %)”.

Les dones migrants sense una situació administrativa regular ocupen generalment l'àrea de cures.

Precisament és l'àrea de cures i al règim de treballadores de la llar al qual accedeixen les dones migrades que tenen menys drets reconeguts. Mongui (2022) planteja que “Les dones immigrants treballadores de la llar i les cures tenen una realitat contraposada; per una banda, exerceixen una tasca essencial que suporta i supleix l'escassa implicació pública en el sistema de cures familiars, en tant que garanteixen el benestar social, exercint funcions de cures, formació, atenció i administració de les llars; però, per altra banda, la visió i les condicions d'aquestes tasques no es corresponen amb el paper que exerceixen i el seu caràcter complex i imprescindible”. D'altra banda, fa referència a la realitat de les dones que treballen en l'economia submergida. Habitualment treballen com a internes al principi, tal com refereix el nostre grup de participants. Aquesta situació determina una arbitrarietat a l'hora d'obtenir permisos per visitar-se en algun ambulatori, ja que depèn de la voluntat de la família contractant. Tot i que aquesta activitat s'ha

anat regulant en els últims anys, sol regir-se segons les normes que dicta la família per a la qual treballen, en què es determinen dies lliures, possibles sortides i permisos i horaris, els quals solen ser molt breus. En ocasions se'ls exigeix “recuperar” les hores en un altre horari, o se'ls descompta del seu salari.

D'altra banda, i tal com s'ha recollit en els grups de focus, es detecten en les treballadores de la llar i les cures casos d'abusos sexuals i violència psicològica i física, que no són només casos aïllats, ja que també s'han reportat en els estudis i informes previs a Catalunya com “una violència oculta” de Bofill (2019), que planteja que “en el cas de les dones migrants, l'experiència d'aquest tipus de violència sexual pot estar amplificada si es troben en situació d'irregularitat administrativa o si conviuen a la llar dels seus ocupadors, com és el cas de les empleades de la llar” (Bofill, 2019). En l'àmbit estatal, en l'informe Tirar del hilo de la Red de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (2021) es planteja que “Els informes quantitatius mostren una constant: les dones migrants estan sobrerrepresentades en les xifres de violència masclista. La pateixen proporcionalment més. Però la sobrerrepresentació no és només una xifra. És el que surt a la superfície d'una trama complexa de violències estructurals, precarietat i exclusió social.

Cada vida és un encreuament de camins en què les dinàmiques interseccionals de gènere, situació migratòria i classe social són fonamentals per entendre com

es configura la violència masclista cap a les dones migrants”. Evidentment, si les treballadores de la llar no tenen residència administrativa regular, la majoria de les vegades no denuncien i no accedeixen a recursos per sortir de la situació, tot això per desconeixement dels seus drets. Aquesta situació és d'especial gravetat i requereix accions urgents d'informació per part dels òrgans competents.

L'accessibilitat a l'atenció no només implica la disponibilitat dels serveis, no és suficient comptar amb serveis de salut, sinó que és necessari que les persones que ho necessitin comptin amb la possibilitat per anar a aquest espai; on s'ha de considerar també el cost, no només d'acudir, sinó del que es deixa de percebre per rebre l'atenció, fent diferència entre qui es veuen limitats al no comptar amb mitjans per fer efectiva l'accessibilitat, i qui va acudir i va deixar de percebre ingressos, o bé, el que van haver de fer per poder arribar-hi. Com planteja Sánchez (2017), per complir amb els objectius d'atorgar atenció mèdica de manera oportuna, un dels components de l'atenció efectiva és l'accessibilitat, que per si mateixa està supeditada a la conjunció d'aspectes econòmics, culturals, socials, geogràfics i de context. Més enllà del dret de les persones per rebre atenció a la seva salut s'ha de considerar la disponibilitat de les institucions i dels mitjans per aconseguir-ho.

## /4.2 Qualitat de l'atenció

En termes generals, es detecten les següents barreres en l'atenció sanitària:

- D'una banda, pel que fa als temps per aconseguir cita, sobretot amb especialistes, es perceben com a molt elevats. Aquesta percepció concorda amb les dades del Sistema Nacional de Salut (2023), que informen d'una mitjana de 100 dies per aconseguir visita amb un especialista a Catalunya. Pel que fa a la durada de l'atenció en la mateixa cita, les participants refereixen temps molt breus, la qual cosa impossibilita explicar els símptomes pels quals acudeixen o relatar la seva història clínica de manera detallada.

- Percepció de ser tractades com a objecte i no com a subjecte, cosa que determina una falta d'escolta per part del personal sanitari: moltes vegades les dones decideixen no assistir a les consultes perquè no confien

a ser escoltades i ateses adequadament, ni a rebre una resposta satisfactòria al seu malestar i deixen passar el temps en relació amb la seva salut. Les participants relacionen aquest tracte amb posicions racistes del personal sanitari, que pensa que les llatines exageren i no cal prestar atenció especial. Aquesta percepció és compartida amb l'informe Anàlisi sobre la violència institucional en l'àmbit de la salut en general i en la salut sexual i reproductiva en particular, segons la percepció de les dones de Creació Positiva (2022), que determina que les dones se senten “silenciades, sense eines, desmotivades, revictimitzades i culpables, violentades, ignorades, es rendeixen i assumeixen que no tenen drets”. També es fa referència als extensos terminis entre revisions, per exemple, expliquen que als seus països d'origen, en aquest cas Hondures, Nicaragua, El Salvador, les citologies es realitzen cada any i aquí sol ser cada tres anys. Cal assenyalar que l'índex de càncer de coll uterí és més alt als països d'origen i que els índexs de pobresa fan variar la mortalitat (Medrano, 2022) però aquí no se'ls explica per què els exàmens es fan més distanciats en el temps. Això ho perceben com a mala atenció per part del sistema, a més relaten que als seus països per a cada atenció les pesaven, mesuraven, prenien la pressió arterial i aquí no es realitzen aquests procediments de revisió general abans de les atencions. La falta d'escolta per part del personal sanitari determina que les indicacions siguin generals, i en diverses ocasions ni el diagnòstic ni les indicacions terapèutiques són adequats.

Davant d'aquesta situació, tal com es recull a la secció de resultats, s'utilitzen recursos alternatius propis centrats en l'ús de plantes medicinals. Aquests sabers han estat reportats àmpliament en diversos països llatinoamericans, com per exemple Magaña (2009), Tabakian (2017), entre altres, que donen compte d'un gran nombre de principis actius de les plantes medicinals que són utilitzades per poblacions originàries de manera eficaç i formen part del bagatge ancestral de coneixement dels pobles originaris.

- Respecte a les necessitats detectades, essent majoritàriament treballadores de la llar i de les cures, les participants mencionen requeriments de salut biològica relacionats amb la seva activitat laboral, com afeccions físiques per moviments repetitius i necessitat de fer esforç físic. Aquest relat concorda amb l'estudi Condicions de vida de les treballadores de la llar i les cures centreamericanes a Barcelona (Reyes i Bertran, 2020).

El mateix estudi planteja que “d'acord amb la informació qualitativa, gairebé totes les dones entrevistades i observades presentaven quadres d'ansietat i depressió. La impotència davant el fet de no ser capaces d'assolir els objectius del seu projecte migratori, és a dir, la millora de les seves condicions de vida i les de les seves famílies, a més de la nostàlgia per la família d'origen i per la terra, generen sentiments de frustració i penediment per haver migrat. Molt sovint s'observen sentiments

d'injustícia, rancúnia, desesperació i ràbia per les condicions en què es desenvolupa la seva vida a Barcelona: explotades, pobres, discriminades i humiliades”.

També en el nostre estudi les participants es refereixen a la salut psicològica i s'anomena la depressió, ansietat i insomni, que es relacionen clarament amb aspectes socials de les seves condicions precàries de vida. Les participants relacionen les alteracions a la salut física i mental com a producte de la situació d'inestabilitat per la seva condició de dones i dissidències migrades i la vulnerabilitat i abusos que solen rebre en els seus treballs. Comenten que els agradaria comptar amb espais de conversa i solidaritat entre dones per generar una xarxa de contenció que les ajudi en la recerca de millorar la seva salut mental, ja que reconeixen que els medicaments són un element útil en aquest aspecte, però que sense una rutina més estable i menys estressant és difícil que aconseguixin avançar en la cura de la seva salut mental. Tots aquests aspectes són difícils de poder esmentar en les visites amb les professionals sanitàries, relaten.

En matèria d'informació i educació sexual, gairebé cap de les participants va rebre educació sexual dins de les seves famílies i molt poques vegades a les escoles a l'Amèrica Central. Aquesta situació es relaciona, entre altres factors, amb el conservadorisme religiós present a l'Amèrica Llatina. Sense cap mena de dubte, aquesta situació inicial afecta el grau de coneixement i informació sobre el seu propi cos i els drets que cadascuna té,

i la informació i a la decisió sobre els seus cossos. Això es manifesta en les seves experiències vitals, ja que moltes van ser mares joves per desconèixer mètodes de prevenció d'embaràs i educació afectiva sexual que els permetés sostenir relacions de parella lliures d'abusos. Diversos estudis reporten l'existència d'una alta prevalença d'abusos sexuals als seus països, tal com ho recullen Dinys i Padilla (2012). Aquests abusos són perpetrats habitualment per familiars i/o persones properes, i també dins de la parella per l'estructura masclista i patriarcal de la societat. Aquests abusos poden ser normalitzats si es produeixen en l'estat espanyol, per la manca de drets que perceben que tenen les participants.

Les participants mostren diferents graus d'informació, tot i que en general existeix la percepció de desconeixement de molts aspectes sobre la sexualitat, la diversitat sexual i el respecte a les diferents orientacions sexuals. Per això hi ha interès a generar i participar en espais col·lectius en què es pugui parlar obertament de la salut sexual i reproductiva. Es comenta la conveniència de fer-ho en les diferents etapes de la vida (infància, adolescència, edat adulta i gent gran) i entre iguals.

## /4.4 Percepció de la discriminació

Es percep un discurs eurocèntric i colonial a la consulta mèdica. Aquesta situació de discriminació, àmpliament estudiada per León (2019), es viu com una normalització del racisme i una gran presència dels estereotips, fet que fa que les participants no sentin una atenció adequada. La necessitat d'haver de donar constantment explicacions també es viu com una discriminació. Es percep un tipus de racisme, ja que senten que no els presten gaire atenció per ser “llatines”.

De la mateixa manera que apareix la percepció de discriminació per origen, es detecten discriminacions en l'àmbit de la diversitat sexual, ja que el personal sanitari assumeix l'heteronorma per a tothom. Les persones no heteronormatives es perceben com a excloses d'atenció específica, ja que no es considera la seva opció sexual a l'inici de l'atenció, tal com es va referir anteriorment. Assumir que una dona activa sexualment ha de prendre anticonceptius deixa de manifest la no consideració d'opcions no normatives.

Existeix la demanda de major flexibilitat per concertar hores i anàlisis. La situació d'exclusió social en què les prioritats són sobretot cobrir les necessitats bàsiques de sostre, alimentació i enviament de diners a les seves famílies d'origen fa molt difícil que les dones migrades prioritzin la seva salut, tal com assenyala l'informe de Creació Positiva (2022) i l'informe de Reyes i Bertrán (2020). Si les dones han de decidir entre treballar i guanyar els diners que tant necessiten o anar a la cita mèdica i que els descomptin diners del sou, el més usual és que desisteixin de la cita.

## /4.5

### Percepció sobre la salut sexual i reproductiva

L'accés actual a la informació sobre la salut sexual i reproductiva de les participants respecte als recursos (anticonceptius, tractaments) existents a Catalunya és actualment adequat, tot i que no va ser així al començament. Es valora especialment la bona atenció i seguiment dels embarassos i bona atenció en els parts. Això difereix molt de les situacions que han viscut a Amèrica Central, amb situacions de violència obstètrica relacionades amb el tracte violent en el part, que són consistents amb els estudis realitzats per Freyermuth, G. (2013) i concordants amb els estudis de violència obstètrica al Mèxic de Chávez i Sánchez (2018.)

Respecte dels embarassos i els parts, només una de les participants als tallers ha tingut un part a Catalunya, però les altres sí que mencionen que coneixen casos en què les dones han rebut bona atenció i seguiment dels embarassos i bona atenció en els parts. Es valora el fet que les parelles puguin ingressar a la sala de part i el seguiment que es realitza de les mares i els nounats en els centres de salut. Al recordar els seus parts a Amèrica Central, un 25 % d'elles relaten situacions de violència obstètrica relacionades amb el tracte violent en el part, la poca empatia i la soledat que van sentir en donar a llum als hospitals, moltes expliquen que han patit episiotomia i/o anestèsia epidural sense

el seu consentiment ni informació sobre aquests tractaments. És d'agrair que la violència obstètrica estigui normalitzada, estudis de Farmamundi (2018) assenyalen que és bastant elevada, però la percepció és menor, ja que el ser racialitzada influeix per patir més o menys violència obstètrica, ja que si la dona prové d'una zona rural o té trets fenotípics dels pobles originaris, el tracte és diferent al que rep una dona blanca occidental a Catalunya o al país d'origen. Tot això constitueix una realitat a nivell global que ha estat reportada en diferents estudis, com el de Devakumar (2023), que planteja que “el racisme i la xenofòbia existeixen en totes les societats modernes i tenen impactes profunds en la salut de les persones desfavorides. Fins que siguin universalment reconeguts [...], les causes de la discriminació romandran a l'ombra i seguiran causant i exacerbant les desigualtats”.

# 05

## *Capítol 5*

# Proposta de millora en l'atenció

De la reflexió conjunta i l'anàlisi dels discursos dels grups focals, s'han recollit les següents propostes:

- Necessitat de millorar la informació sobre els drets de les dones i dissidències migrades: Les dones que acaben d'arribar desconeixen que tenen accés a l'atenció en l'àmbit de la salut sexual i reproductiva. D'altra banda, les dones migrades ja establertes pateixen limitacions per gaudir plenament d'aquests i altres drets, principalment per les llargues jornades laborals que els impedeixen assistir a les consultes, manca de temps i manca de reconeixement de drets laborals. La manca

de temps afecta el gaudi dels DSDR de les dones, caracteritzades en la seva majoria per estar empleades en el servei domèstic, un sector econòmic tradicionalment femení, precaritzat i racialitzat, amb intenses jornades laborals. S'ha de generar informació per a elles que prevegi el seu dret a l'accés, sigui quina sigui la seva situació administrativa. Cal fer èmfasi en la difusió de la informació perquè totes les persones migrades siguin conscients dels seus drets, així com crítiques a la situació precària de moltes que no disposen de temps per anar a la consulta mèdica. És necessari que des del sistema de salut es despleguin recursos per atendre la diversitat i una atenció

culturalment adequada. Un exemple d'això és ampliar el treball de mediació lingüística ja existent (xatbot, etc.)<sup>8</sup> per garantir la producció de més materials d'informació en diferents idiomes, realitzar traduccions, perquè la llengua no sigui una barrera d'accés, així com la seva difusió en diferents espais comunitaris.

- Necessitat de formació amb perspectiva feminista i interseccional al personal sanitari: Tot i que la majoria de les entrevistades van expressar tenir un bon accés als DSDR a Catalunya, aquesta avantatge es va matisar amb crítiques a certes actituds racistes, xenòfobes i/o eurocèntriques d'alguns professionals sanitaris que imposen les seves regles sense atendre a la riquesa multicultural i sexual -i la seva conseqüent diversitat d'experiències, necessitats i tradicions- de les persones usuaris del sistema de salut. És necessari augmentar la sensibilització i formació en aquest aspecte. Especialment s'hauria de millorar l'atenció a les diversitats, que no sempre són considerades.

- Necessitat de comptar amb la figura de mediadores interculturals en els serveis de salut: Es valora molt positivament la incorporació de la figura de la medidora comunitària que ja existeix en alguns centres de salut, i ampliar-la a tots els centres, especialment en hospitals, per garantir una atenció de qualitat. Es planteja la necessitat de fer treball comunitari als

barris i col·lectivitats. Difondre els exemples de bones pràctiques, mostrar els resultats que hi ha en els centres on sí que hi ha mediació cultural i com això beneficia el treball de personal de salut i la qualitat de vida de les pacients.

- Incorporació de la salut mental com a part de la salut integral: El racisme social impacta sobre la salut mental, afecta les emocions, l'autoestima i és la base de la perpetració de diferents tipus de violència psico-física cap a les persones migrades. No sentir-se escoltades i la por al judici operen com a obstacles perquè les dones migrades accedeixin als centres sanitaris. Una mirada de salut biopsicosocial aporta una anàlisi integral de la situació.

- Necessitat de flexibilitat i millorar l'atenció quant a horaris: L'existència de llistes d'espera per a especialistes, així com la dificultat d'assistir als horaris programats per part d'algunes treballadores, producte de la seva precarietat econòmica, planteja el repte de la millora de l'atenció, amb més recursos professionals i més hores per atendre la diversitat. Es recomana no jutjar ni estigmatitzar una dona que no ha assistit a la seva visita, es suggereix primer escoltar el context.

- Necessitat d'educació sexual afectiva per a la infància, adolescència, persones adultes, persones grans: Això hauria de ser un objectiu tant per a la sanitat com

l'educació. Es proposa que les explicacions tinguin un vocabulari menys tècnic i, per tant, més fàcil d'entendre.

- Necessitat d'educació en drets:

especialment per a les treballadores de la llar i les cures, ja que l'aspecte laboral és fonamental per a una bona salut, es proposa desenvolupar campanyes pedagògiques, de conscienciació i sensibilització sobre:

a. Campanyes dirigides als ocupadors sobre els drets bàsics de les treballadores de la llar i cures, amb èmfasi en les necessitats bàsiques d'habitabilitat de les treballadores internes.

b. Campanyes informatives sobre seguretat laboral: elecció i maneig de productes de neteja, maneig d'instrumental, ús de materials protectors, tècniques adequades per a l'aixecament de pes, salut postural.

c. Campanyes dirigides a les treballadores per fomentar el pas de l'economia informal a formal.

d. Campanyes pedagògiques dirigides a l'Administració Pública per sensibilitzar els funcionaris sobre la realitat que tenen les treballadores de la llar i les cures.

<sup>8</sup> Eina creada per Farmamundi el 2023 per informar sobre el accés i els drets a la salut sexual i reproductiva per a dones migrades. L'accés al sistema sanitari públic català en situacions de migració – Raisa (dretalasalut.org)

## Conclusions

S'identifica que en l'atenció sanitària no està present un enfocament de gènere i interseccional que incorpori una mirada biopsicosocial de la salut. Per aquest motiu, és important conèixer la percepció de les dones migrades ateses pel sistema, per garantir aquesta no discriminació que assenyala la llei i incorporar aquests enfocaments en l'àmbit sanitari.

- La percepció de les dificultats d'accés que refereixen les participants es relaciona

amb el funcionament general del sistema sanitari, la deficient dotació de personal i mitjans en els centres d'atenció. Les dones i dissidències perceben les atencions rebudes a més com una falta de reconeixement als seus propis sabers no eurocèntrics i a una discriminació racial. D'acord amb Ferrer (2022): Les persones immigrades extracomunitàries residents a l'Àrea Metropolitana de Barcelona són una població vulnerable i presenten desigualtats en salut per sexe. El suport

social i l'ocupació són factors clau del seu estat de salut. Les intervencions per reduir les vulnerabilitats i desigualtats en salut de les persones immigrades haurien de promoure la seva inclusió i cohesió social, i incorporar la perspectiva de gènere. Per això és fonamental detectar les demandes i suggeriments de les dones migrades, per garantir l'exercici dels seus drets.

Pel que fa als objectius proposats d'aquest treball, es detallen a continuació:

· Respecte de l'objectiu 1, que consisteix a realitzar un estudi preliminar de la percepció de les dones i dissidències migrades sobre la salut en general i la salut sexual i reproductiva en particular:

En termes generals, les participants valoren positivament el sistema sanitari, però no sempre el fan servir o el poden utilitzar. Refereixen en la seva majoria una atenció poc curosa, amb temps limitat i poca profunditat en l'atenció general, mancant d'una escolta real de les seves experiències i demandes. No obstant això, altres relaten bones pràctiques en l'àmbit de la salut sexual i reproductiva. Les participants tenen percepcions diverses, tot i que en general són conscients que aquí hi ha més possibilitats de parlar de DSDR que als seus països d'origen, degut a l'obertura cultural. No obstant això, en referir-se a la pròpia salut, aquesta es percep alterada a causa de l'estrès que genera buscar feina sense tenir xarxes i especialment si es troba en situació administrativa irregular.

· Respecte de l'objectiu 2, que consisteix a conèixer les barreres d'accés a la salut i a la salut sexual i reproductiva detectades per les participants:

La principal barrera per a les dones i dissidències que acaben d'arribar és la manca de padró i, per tant, de targeta sanitària. Aquesta situació es deu a les dificultats que comporta el padró per a persones en situació econòmica precària, agreujada per les limitacions que genera la llei d'estrangeria, que, per desconeixement, produeix por a la deportació.

Un cop regularitzada la situació administrativa, les barreres d'accés estan relacionades amb la manca de personal en el sistema de salut autonòmic, que genera cites amb llargues llistes d'espera, sobretot de proves i especialistes. També es perceben com a barrera els temps d'atenció molt breus, i en moltes ocasions sense l'escolta necessària per atendre la demanda, i la dificultat perquè es demanin estudis i proves específiques que afecten la qualitat de l'atenció.

Amés, els horaris de les cites no són flexibles, i atenent a la seva complexa realitat laboral hauria de ser més fàcil poder-los canviar.

Altres barreres es relacionen amb la manca de formació del personal sanitari amb les persones LGTB+, perquè es presumeix a priori que totes les persones són heterossexuals, i això no és així. En aquest sentit, les participants proposen que el personal sanitari tingui formació en

interseccionalitat, especialment en gènere, diversitat ètnica i opcions sexuals.

· Respecte de l'objectiu 3, que és detectar els temes que més preocupen les participants respecte a la seva salut sexual i reproductiva:

En aquest àmbit, les participants valoren la possibilitat de comptar amb espais de formació col·lectiva, ja que moltes d'elles, al ser treballadores del domicili i les cures, tenen temps molt limitats i es veuen impedides d'assistir amb freqüència a espais de socialització.

Consideren important l'existència d'espais per rebre informació, ja que, per exemple, respecte de la menopausa, no tenen informació suficient.

És rellevant esmentar que les participants reconeixen i demanen espais de suport en salut mental, ja que la precarietat, les difícils condicions econòmiques que travessen, així com la falta de xarxes influeixen de manera important en el seu estat de salut, entesa des d'una perspectiva biopsicosocial.

· Respecte de l'objectiu 4, que és proposar recomanacions per a la millora de l'atenció: Les recomanacions generades es refereixen a la necessitat de formació amb perspectiva feminista i interseccional al personal agent sanitari per augmentar la sensibilització i formació en aquest aspecte. Especialment s'hauria de millorar l'atenció a les diversitats,

que no sempre són considerades. D'altra banda, es planteja la necessitat de millorar la informació sobre els drets de les dones i dissidències migrades: s'ha de generar informació per a elles que prevegi el seu dret a l'accés, sigui quina sigui la seva situació administrativa. De la mateixa manera, es planteja que la llengua no ha de ser barrera d'accés i per això es requereix més materials d'informació en diferents idiomes. Tot i que la llengua no és una dificultat en les persones d'aquest col·lectiu, sí que es demanen mediadores interculturals en els serveis de salut: insistir en la necessitat d'incorporar la figura de la mediadora comunitària en els centres de salut, especialment en hospitals, per garantir una atenció de qualitat. Es planteja la necessitat de fer treball comunitari als barris i col·lectivitats. Així mateix es planteja difondre els exemples de bones pràctiques, mostrar els resultats que hi ha en els centres on sí que hi ha mediació cultural i com això beneficia la feina de personal de salut i la qualitat de vida de les pacients.

Finalment, i de gran consens, és la proposta d'incorporació de la salut mental com a part de la salut integral: el racisme social impacta sobre la salut mental, afecta les emocions, l'autoestima i és la base de la perpetració de diferents tipus de violència psicofísica cap a les persones migrades. No sentir-se escoltades i la por al judici operen com a obstacles perquè les dones migrades

accedeixin als centres sanitaris.

A mode general, és important assenyalar que el cas de les treballadores de la llar i les cures té una complexitat major i s'hauria de proposar una campanya informativa especialment dedicada a elles, ja que la seva falta de xarxes dificulta enormement el seu accés.

Després d'analitzar les dades i tornar al marc legal, podem detectar principalment que es vulneren:

- La Llei estatal 4/2023, de 28 de febrer, per a la igualtat real i efectiva de les persones trans i per a la garantia dels drets de les persones. BOE, núm.51. 1 de març de 2023.

- La llei catalana: Llei 19/2020, del 30 de desembre, d'igualtat de tracte i no-discriminació.

## Bibliografia

**Bartra, E.** (1998). *Reflexiones metodológicas*. En Bartra, E. (comp.), *Debates en torno a una metodología feminista* (pp. 141-158). Ciudad de México: Programa Universitario de Estudios de Género-UNAM.

**Biglia, B.; Bonet, J.** (2009) *La construcción de narrativas como método de investigación psico-social*. FQZ Forum Qualitative Social Research Vol 10, nº1, art 8

**Blázquez, N.; Flores, F.; Rios, M.** (2010). *Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales*. Ciudad de México: UNAM.

**Bofill, S.** (2019) *Una violencia oculta*. Fundació Josep Irla [www.mujerespalante.org](http://www.mujerespalante.org)

**Cantero, B.** (2019) *Derechos sexuales y reproductivos: algunos apuntes sobre la situación de las mujeres y trans migrantes en Cataluña en Observatori de drets sexuals i reproductius* <https://drets-sexuals-i-reproductius.lassociacio.org/informe2020/dsirmigrades/>

**Chávez, Sánchez** (2018) *Violencia obstétrica y morbilidad materna: sucesos de violencia de género*. Revista de El colegio de San Luis vol 8 nº16 Agosto 2018.

**Creació Positiva** (2022) *Informe sobre la violència institucional en l'àmbit de la salut en general i en la salut sexual i reproductiva en particular, segons la percepció de les dones*.

<https://www.creacionpositiva.org/ca/recurso/analisis-de-la-violencia-institucional-a-salut-sexual-i-reproductiva-percepcio-dones/>

**Crenshaw, K.** (1989) *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*. University of Chicago Legal Forum Issue 1, article 8.

**Devakumar, Delan et al** (2023) *Racism, xenophobia, and discrimination: data disaggregation is a complex but crucial step to improving child health*. The Lancet, Volume 401, Issue 10385, 1321 - 1323

**Dinys, L. Padilla, K.** (2012). *Violencia sexual en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua: Análisis de datos primarios y secundarios*. <https://derechosdelamujer.org/wp-content/uploads/2016/02/Violencia-sexual-en-El-Salvador-Guatemala-Honduras-y-Nicaragua-Analisis-de-datos-primarios-y-secundarios.pdf>.

**Estudillo, M. et al** (2005) *La salud y el uso de los servicios de salud por las mujeres de las áreas urbana y rural en las zonas de alta y muy alta marginación socioeconómica de*

*la región fronteriza de Chiapas*. Estudios Demográficos y Urbanos, vol. 20, núm. 2 (59), pp. 309-339

**Farmamundi** (2023) *vivencias creencias y prácticas de las mujeres* [https://www.dretalasalut.org/portfolio\\_page/vivencias-creencias-y-practicas-de-las-mujeres/](https://www.dretalasalut.org/portfolio_page/vivencias-creencias-y-practicas-de-las-mujeres/)

**Farmamundi** (2019) *Guía didáctica. El enfoque intercultural como herramienta para garantizar el derecho a la salud*. Rev CONAMED 2013; 18(2):88-95

**Farmamundi** (2018) *Características de las mujeres migradas gestantes* [https://www.dretalasalut.org/portfolio\\_page/caracteristicas-de-las-mujeres-migradas-gestantes/](https://www.dretalasalut.org/portfolio_page/caracteristicas-de-las-mujeres-migradas-gestantes/)

**Farmamundi** (2018) *Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres migrantes en Cataluña durante el embarazo el parto y el puerperio*. [https://www.dretalasalut.org/portfolio\\_page/los-derechos-sexuales-y-reproductivos-de-las-mujeres-migrantes-en-cataluna-durante-el-embarazo-el-parto-y-el-puterperio/](https://www.dretalasalut.org/portfolio_page/los-derechos-sexuales-y-reproductivos-de-las-mujeres-migrantes-en-cataluna-durante-el-embarazo-el-parto-y-el-puterperio/)

**Ferrer, L. et al** (2022) *“Estado de salud de personas inmigrantes en Cataluña desde una perspectiva de género: Proyecto PELFI”* Gaceta Sanitaria Vol. 36. Núm. 4. Páginas 368-375 (Julio - Agosto 2022)

**Freyermuth, G.** (2013) *Los derechos humanos y la salud materna: entre el discurso del siglo XX y las prácticas del XXI*

**Haraway, D.** (1995). *"Ciencia, cyborgs y mujeres"*. Madrid: Cátedra.

**IDESCAT** (2022) *población extranjera al 1 de enero, por países*  
<https://www.idescat.cat/oblacioextranjera/?geo=cat&nac=a&b=12>

**Lazcano Ortiz, M., Castillo-Quintero, K., Cruz-Rodríguez, M. de J., Gaspar-Juárez, M. A., Sevilla-Marcelo, M., Trejo-Ojeda, D., & Sánchez-Padilla, M. L.** (2019). *Experiencias de mujeres lesbianas en métodos de salud sexual e infecciones de transmisión sexual*. Educación Y Salud Boletín Científico Instituto De Ciencias De La Salud Universidad Autónoma Del Estado De Hidalgo, 8(15), 184-196.  
<https://doi.org/10.29057/icsa.v8i15.4793>

**León Gómez, B.** (2020) *Desigualdad, opresiones de poder y salud reproductiva : O cómo las opresiones de poder generan desigualdades en la salud reproductiva de las mujeres*. Tesis doctoral UPF 2020  
<http://hdl.handle.net/10803/670060>

**Llamas, E et al.** (2022). *Cultures i Drets Sexuals i Reproductius de les dones migrants a Catalunya. : Per una atenció centrada en la perspectiva integral i de gènere en el sistema sanitari català*. (Con)textos: Revista d'antropologia I Investigació Social, (10), 115–132. Retrieved from  
<https://revistes.ub.edu/index.php/contextos/article/view/38607>

**Llamas, E et al** (2023) *Características de las mujeres migradas atendidas por los Servicios de Salud Reproductiva del Institut Català de la Salut* Rev. esp. salud pública; 97: e202303016, Mar. 2023. Tab

**Macias, P.; De Grado, L.** (2023) *"Violencia, desinformación y racismo: así afrontan las migrantes en España los problemas de salud sexual"* El Público

02/06/2023 21:17

**Magaña, M., Gama, L, & Mariaca, R.** (2010). *El uso de las plantas medicinales en las comunidades Maya-Chontales de Nacajuca, Tabasco, México*. Polibotánica, (29) 213-262.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-27682010000100011&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-27682010000100011&lng=es&tlng=es).

**Medrano, R.** (2022) *Epidemiología del cáncer cervicouterino*, en  
<https://www.gob.mx/imss/articulos/epidemiologia-del-cancer-cervicouterino?idiom=es>

**Mongui, M.coord.** (2022) *Libro Blanco sobre la situación de las mujeres inmigrantes en el sector del trabajo del hogar y los cuidados en España*.  
<https://www.inmujeres.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE1924.pdf>

**Monteros, S.** (2020) *La nueva normalidad de las mujeres migradas: más precariedad, más pobreza, más violencia de género y menos respaldo institucional ALETI* | 13/11/2020

**Mujeres Pa'lante** (2019) video: *"Nosotres, nuestros derechos"*  
<https://www.youtube.com/watch?v=pE7HZzYXGmU>.

**Red de Mujeres latinoamericanas y del Caribe** (2021,2022) *"Tirar del hilo"*  
<https://tirardelhilo.info/>

**Reyes, L. y Bertran, C** (2020) *"Condiciones de vida de las trabajadoras del hogar y los cuidados centroamericanas en Barcelona"*  
<https://www.ccoo.es/9beadeebbf4d76590751ae7e6cb62da000001.pdf>

**Sánchez, D.,** (2017) *Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud"* Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 55, núm. 1, pp. 82-89, 2017

**Tabakian, G.** (2019) *Estudio comparativo de plantas medicinales*. Bonplandia, vol. 28, núm. 2, pp. 135-158, 2019 Instituto de Botánica del Nordeste (IBONE)

## Annex 1: Normativa legal

En el context estatal, existeix la següent normativa sobre aquest tema:

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE, núm. 55 de 4 de marzo de 2010.

Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

BOE, núm. 51 de 1 de marzo de 2023.

Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre,

de garantía integral de la libertad sexual. BOE, núm. 215, 7 de septiembre de 2022.

Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas. BOE, núm.51. 1 de marzo de 2023.

Ley Orgánica 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción asistida. BOE, núm.126, de mayo de 2006.

Ley Orgánica 4/2022, de 12 de abril. Modificación Código Penal. Art. 172 quater.

BOE, núm. 88, 13 de Abril de 2022

En l'àmbit autonòmic es disposa de la següent normativa:

Llei 17/2020, del 22 de desembre, de modificació de la Llei 5/2008, del dret de les dones a erradicar la violència masclista.

Llei 19/2020, del 30 de desembre, d'igualtat de tracte i no-discriminació.

Protocol marc per una intervenció amb diligència deguda en situacions de violències masclistes, Departament d'Igualtat i feminismes, 2022.

Pàgina web del Departament de Salut de la Generalitat [https://salutweb.gencat.cat/ca/ambits\\_actuacio/B](https://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_actuacio/B)

*Connectant la defensa dels drets  
sexuals i reproductius (DDSR)  
del sud i del nord global:*

*una aproximació des de les veus  
de les migrants centreamericanes  
a Catalunya.*



Un projecte de:



Recerca i textos:



Amb el suport de :



**Agència Catalana  
de Cooperació  
al Desenvolupament**



**Generalitat  
de Catalunya**