

CuaDer nos
Julio 2022

para la Salud de las
Mujeres



Nº 11 

VIAJE POR LA
SALUD DE
LAS MUJERES
Y LAS NIÑAS
MIGRANTES

 Junta
de Andalucía

Consejería de Igualdad,
Políticas Sociales y
Conciliación

Instituto Andaluz
de la Mujer

CuaDer nos
Julio 2022

para la Salud de las
Mujeres

Nº 11



VIAJE POR LA
SALUD DE
LAS MUJERES
Y LAS NIÑAS
MIGRANTES

E_dita



INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER
Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y
Conciliación. Junta de Andalucía.

E_labora



ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA
Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía.

A_utoría



Olga Leralta Piñán. Escuela Andaluza de Salud Pública.
Jaime Jiménez Pernet. Escuela Andaluza de Salud Pública.
Ainhoa Rodríguez García de Cortázar. Observatorio de la
Infancia y Adolescencia de Andalucía.
Ainhoa Ruiz Azarola. Escuela Andaluza de Salud Pública.

AINHOA RODZ
ilustraciones
AINHOA RODZ

Impri^Me



Entorno Gráfico

Ma^Queta

Cristina Pando Letona. EASP.

I S S N



2 6 9 5 - 4 7 2 9



Este título se puede descargar en <http://www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer>



ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	7
¿POR QUÉ HABLAR DE LA SALUD DE LAS MUJERES MIGRANTES?.....	9
¿QUIÉNES SON LAS MUJERES MIGRANTES?.....	13
SON DIVERSAS.....	13
LA LEGISLACIÓN.....	14
¿CÓMO AFECTA MIGRAR A SU SALUD?.....	17
ANTES DE LA PARTIDA	17
DURANTE EL DESPLAZAMIENTO.....	19
EN LA SOCIEDAD DE LLEGADA	23
EL POSIBLE RETORNO.....	32
SITUACIONES DE ESPECIAL VULNERABILIDAD.....	33
RESUMIENDO ALGUNAS IDEAS: 10 MENSAJES CLAVE.....	41
LECTURAS Y RECURSOS PARA SABER MÁS.....	45
ALGUNAS LECTURAS RECOMENDADAS.....	45
ALGUNAS WEBS DE REFERENCIA.....	46

PRESENTACIÓN

Si bien los flujos migratorios no son nada novedosos, puesto que son tan antiguos como la propia historia de la Humanidad, es cierto que los flujos y movimientos de personas se apoyan y mutan por el acelerado proceso de integración global. La inmigración en sus diferentes

manifestaciones se proyecta como un fenómeno mundial y complejo, constituye un fenómeno social de primera magnitud en el mundo contemporáneo, con diversas causas y variaciones.

El fenómeno de la migración está también ligado a la proliferación de organizaciones criminales dedicadas al tráfico de inmigrantes “ilegales” que cooperan a reforzar la emigración de las personas provenientes de los países económicamente menos favorecidos. Elemento que añade aún más complejidad al hecho mismo de emigrar, siendo una coyuntura que sitúa a la población inmigrante con alto grado de vulnerabilidad. En este contexto las mujeres y niñas migrantes están expuestas a riesgos mayores en cuanto a discriminación, explotación y violencia, ya sea durante sus travesías o en los lugares de destino, constituyendo la inmensa mayoría de la población víctima del tráfico de personas, y sobre todo, de trata con fines de explotación sexual.

Las políticas migratorias que los distintos gobiernos desarrollan y ejecutan deben tener en cuenta, por definición, la defensa de los derechos humanos, haciendo especial hincapié en las mujeres y niñas migrantes, precisamente para coadyuvar en la construcción de pautas que permitan la cohesión social lejos de escenarios desiguales y excluyentes, que modifique el imaginario social existente, en el intento de impulsar un cambio de paradigma que implique la transformación del cliché implícito en el discurso “normalizado” que, visibiliza a la comunidad de inmigrantes como un problema, situación que conlleva con frecuencia, contextos de exclusión social. Imaginario propiciado también por el papel que desempeñan los medios de comunicación en la reproducción de la desigualdad “racial” y étnica en las sociedades receptoras de inmigrantes.

En la Comunidad Autónoma de Andalucía la “Estrategia Andaluza para la Inmigración 2021-2025: inclusión y convivencia”, impulsada por la Junta de Andalucía, la perspectiva de género figura como eje transversal, estableciendo objetivos específicos dirigidos a mujeres y niñas migrantes, con actuaciones relacionadas con su salud.

Desde todas las Administraciones Públicas, según su nivel de competencias, se deben promover medidas para mejorar las condiciones sociales, laborales y de acceso a la vivienda de las mujeres migrantes, facilitando la reagrupación familiar, el aprendizaje del idioma, normalizando el acceso a los servicios sanitarios, promoviendo grupos de apoyo y avanzando en la detección precoz de enfermedades más prevalentes entre mujeres migrantes.

De todas estas cuestiones, y en especial de los aspectos relacionados con la salud de las mujeres y niñas migrantes, se ocupa el nuevo número de Cuadernos para la Salud de las Mujeres editado por el Instituto Andaluz de la Mujer.

Instituto Andaluz de la Mujer

¿POR QUÉ HABLAR DE LA SALUD DE LAS MUJERES MIGRANTES?

Encontrar mejoras en las condiciones de vida o la búsqueda de nuevas oportunidades impulsa a las personas a buscar otros lugares para vivir. La migración es un fenómeno mundial y global, se dan migraciones internas dentro de países, entre países, entre continentes, así como del mundo rural a la ciudad y viceversa. Las causas que motivan las migraciones son muy variadas, pueden ser sociales, económicas, políticas, culturales, medioambientales, etc. No obstante, las migraciones forzadas, en las que se encuentran aquellas cuya causa es la pobreza, los conflictos bélicos, las persecuciones, la violación de derechos humanos o los desastres naturales, son las más numerosas. Sin embargo, la motivación última de toda migración es siempre la búsqueda de una vida mejor y la decisión y proceso migratorio de cada grupo, familia e individuo tiene una historia única. En esta gran realidad, las mujeres representan casi la mitad de las personas que migran en el mundo y la mitad de las personas que buscan refugio fuera de sus países.

En general, en las mujeres migrantes concurren condiciones sistémicas y circunstancias de mayor vulnerabilidad, mayor desventaja social y menos oportunidades tanto en las sociedades de origen como en las sociedades de acogida. En los trayectos migratorios muchas mujeres y niñas suelen ser objeto de violencia y persecución. Para las mujeres es más duro tomar la decisión de abandonar su propio país en busca de oportunidades en otro.

Mantener una vida saludable y cuidar la salud durante el proceso migratorio es difícil, cuando la discriminación, la injusticia y la desigualdad son compañeras de viaje, en general para todas las personas migrantes, pero de una forma más acusada con las mujeres. Para ellas el proyecto migratorio va acompañado, a menudo, de mortalidad materna evitable y violencia sexual y de género.

En el caso de las crisis humanitarias también encontramos un importante impacto en la salud, y más en la salud de las mujeres migrantes. Sabemos que aumentan los índices de mortalidad y malnutrición, especialmente para mujeres que son madres y recién nacidos, así como la violencia de género, incluida la violación y el matrimonio precoz y forzado, por el deterioro de los mecanismos de protección. Con frecuencia son las niñas las que primero dejan la escuela para contribuir al sostenimiento de la familia. Todo ello niega sistemáticamente a mujeres y niñas el derecho fundamental tanto a vivir sin violencia como a educarse.



En este contexto, la recopilación de datos no siempre es lo suficientemente precisa. Las cifras y severidad de las violencias sufridas por mujeres, durante las etapas de la migración, suelen estar infraestimadas. El número de mujeres que llegan a las organizaciones e instituciones que se ocupan de la acogida y regularización de las personas migrantes es sustancialmente menor que el de hombres. Mujeres y niñas que son víctimas de trata y/o explotación sexual están especialmente invisibilizadas.

Cabe añadir que a la infravaloración social y económica de los trabajos remunerados a los que acceden muchas de estas mujeres se suman la discriminación y los prejuicios que a menudo sufren las mujeres migrantes.

En general, las mujeres contribuyen de forma sustancial al bienestar global de cualquier sociedad por su papel predominante y central en el cuidado, la economía, el sostén y la reconstrucción de sus comunidades. Para las mujeres migrantes en particular, y pese a las dificultades que deben enfrentar, esta contribución es mayor, tanto en los lugares de tránsito y asentamientos, como en el lugar de origen y de destino. Las remesas que envían las mujeres migrantes a sus lugares de origen mejoran los medios de vida y la salud de sus familias y fortalecen la economía local. Cuando las mujeres migrantes consiguen participar socialmente, también se benefician las comunidades en el lugar de llegada, mediante el desarrollo de redes sociales de apoyo y consejo. Su papel es fundamental como agentes de salud; son el puente de comunicación entre servicios sanitarios y población migrante, poniendo el foco en la riqueza que aporta la diversidad cultural a nuestra sociedad. Las mujeres tejen la sociedad global.



Ainhoa Rodz



¿QUIÉNES SON LAS MUJERES MIGRANTES?

El hecho de que en España y Andalucía convivimos con mujeres migrantes no es nuevo, lo que sí es novedoso es el incremento de su presencia. Hasta hace unas décadas, el fenómeno migratorio era predominantemente masculino. Las migraciones tienden a feminizarse, al igual que se feminizan otras cuestiones, como la pobreza. En Andalucía, una de cada diez personas es migrante, en su mayoría de origen europeo y africano y su distribución es desigual entre las ocho provincias. Aproximadamente la mitad de las personas migrantes en la Comunidad Autónoma son mujeres y el 40% de origen europeo. En 2021 el 39% de las mujeres de nacionalidad extranjera viven en la provincia de Málaga, en Córdoba y Jaén solo un 4%.

SON DIVERSAS

Las mujeres migrantes tienen cada vez más protagonismo en nuestra sociedad. Son, en muchos casos, una importante fuente de ingresos familiar, y además juegan un papel importante en la escuela y en el barrio, donde intervienen más que los hombres. La **feminización** de la migración se da de forma diferente según países de origen. En términos generales, hay más mujeres entre las personas migrantes procedentes de América Latina que entre las que vienen del continente africano. Hay nacionalidades con un claro predominio de mujeres.

Su diversidad se refleja en multitud de circunstancias: son mujeres trabajadoras por cuenta ajena o propia, empresarias, estudiantes, refugiadas, artistas, investigadoras, científicas, religiosas, diplomáticas, representantes de organismos internacionales, jubiladas... Muchas mujeres emigran solas, con un proyecto migratorio autónomo, provienen de entornos urbanos y tienen un nivel de cualificación elevado. Otras pueden venir de entornos rurales, acompañadas por familiares, sin estudios.

LA LEGISLACIÓN

Según su origen, las mujeres extranjeras dependen de legislaciones diferentes. Si proceden de algún estado miembro de la Unión Europea tienen un estatuto jurídico especial llamado “régimen comunitario” que les da acceso a los mismos derechos que las mujeres españolas, salvo el derecho al voto. Las mujeres con otras nacionalidades dependen del llamado “régimen de extranjería”, que determina los requisitos de entrada y de renovación de un permiso de residencia y trabajo. Dicho permiso se vincula a criterios laborales, como disponer de oferta de trabajo o haber cotizado un mínimo de meses a la seguridad social, propios, del cónyuge o del familiar del que depende en caso de la reagrupación familiar. También recoge los requisitos para estudiar o investigar y, en casos especiales, para residir legalmente sin trabajar.

El empadronamiento es también un requisito básico para la renovación y adquisición de tarjeta de residencia, y da derecho a la asistencia sanitaria, la escolarización o a prestaciones de emergencia.

Esta normativa estatal se complementa con las **competencias de las CC.AA.** en materias como las políticas de integración, de acceso al sistema sanitario, a la educación, a la vivienda o a los servicios sociales, cuestiones que también influyen en la salud de las personas migrantes.



Los requisitos y trámites de la legislación de extranjería generan barreras socioeconómicas y provocan retrasos en la consecución y renovación de los permisos que posibilitan la integración social y laboral. Por ejemplo, el tipo de trabajo al que suelen tener acceso las mujeres migrantes, en sectores precarizados e informales, dificulta la obtención o renovación de sus permisos de trabajo. Las que migran mediante reagrupación familiar generalmente tienen una fuerte dependencia de sus maridos o progenitores y solo pueden incorporarse a trabajos de la economía informal. La **reagrupación familiar** reproduce un modelo de familia tradicional donde la mujer depende administrativamente del cónyuge y, en caso de divorcio, perdería la autorización de residencia y los derechos asociados.

Además, existe una **ley de asilo y refugio** específica, basada en los convenios internacionales suscritos por España para proteger a las personas que sufren persecución en sus países de origen por motivos concretos. Una mujer solicitante de asilo o protección internacional huye de su país porque tiene **“fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas”**.





Ainhoa Rodz

¿CÓMO AFECTA MIGRAR A SU SALUD?

A continuación, se describen algunos **factores que influyen en la salud** de las mujeres migrantes en **distintas etapas de sus procesos migratorios**. Es necesario tener en cuenta que su salud se ve afectada por el hecho de ser mujeres en relación con otras características individuales y sociales como su edad, su nivel socioeconómico, la situación administrativa en que se encuentren, su forma de migrar o las posibilidades de acceso a los servicios sanitarios.

ANTES DE LA PARTIDA

Las condiciones de vida de las mujeres en todo el planeta pueden conducir a tomar la decisión de abandonar sus países en busca de mejores oportunidades. Dificultades económicas y laborales, de acceso a servicios sanitarios y en relación con su salud reproductiva, así como la violencia de género son algunas motivaciones que les empujan a migrar.

El **acceso al mercado laboral** se complica para las mujeres en distintas latitudes. Menos de la mitad de las mujeres en edad de trabajar participan en el mercado laboral, frente a una mayoría de hombres, y en algunas regiones menos del 30% de mujeres trabajan de forma remunerada. Por razón de género se ven abocadas al **trabajo doméstico, reproductivo y de cuidados**. Un día promedio, las mujeres de todo el mundo dedican aproximadamente tres veces más horas al trabajo doméstico y de cuidados no remunerado que los hombres. Y en algunas zonas de África y Asia las mujeres dedican siete veces más tiempo que los hombres a estas actividades.

Por otro lado, los sistemas sanitarios de muchos países de ingresos medios y bajos se enfrentan a profundos problemas de financiación y organización que limitan su calidad y resultados, especialmente para las mujeres. Suelen tener menos **acceso a atención sanitaria** que los hombres y una escasa cobertura de seguro médico, debido a costes inasequibles para ellas. Sin embargo, en estos contextos su salud es crucial porque influye en la salud y bienestar de la población a todos los niveles: individual, familiar, comunitario y nacional.

Cada año mueren miles de mujeres en todo el mundo por problemas relacionados con el **embarazo, el parto** o por sufrir **abortos inseguros o clandestinos**. Millones no reciben asistencia sanitaria durante el parto, ni tienen acceso a **planificación familiar**, lo que repercute en las cifras de embarazos no deseados.

La **violencia de género** se manifiesta de muchas formas en los lugares de origen. Numerosas mujeres y niñas son víctimas de violencia sexual o doméstica. Algunas tradiciones vulneran sus derechos, como la mutilación genital femenina, los matrimonios forzosos, la preferencia por hijos varones, que provoca malnutrición en las niñas que reciben peores cuidados, la violencia que se ejerce sobre la novia cuando su familia no puede pagar la dote, crímenes de honor, etc. En los conflictos bélicos, el



asesinato, la violación sistemática de mujeres y niñas, la esclavitud sexual y el embarazo forzado se utilizan como armas de guerra. En algunos países se producen feminicidios y fetocidios femeninos.

Mujeres y niñas migrantes son, a menudo, ejemplos de superación y dignidad en sus países de origen, y tienen mucho que aportar a la sociedad de acogida. Es necesario visibilizar su papel en la resolución de conflictos y su trabajo en la lucha contra la impunidad de crímenes de violencia sexual en su lugar de origen.

DURANTE EL DESPLAZAMIENTO

La salud de las mujeres en tránsito está condicionada por la forma en la que viajan, las rutas, las dificultades y riesgos durante el trayecto, problemas con la documentación y condiciones de vida y acceso a servicios sanitarios, su situación económica y la vulnerabilidad frente a la violencia que recae sobre ellas.

¿Cómo viajan?

La mayoría de las mujeres que migran a nuestro país, lo hacen por vía terrestre y aérea, con visados que presentan en los puestos fronterizos. Sin embargo, ante las dificultades para conseguir visados de entrada o de tránsito, muchas mujeres se ven obligadas a acceder por vías no legales.

Las rutas migratorias han variado en los últimos años debido, sobre todo, a las políticas de control de fronteras. Andalucía, como frontera sur, es una de las principales vías de entrada a Europa de personas migrantes y refugiadas desde el norte de África. Mujeres y niñas representan el 20% de las personas que llegan a Europa por tierra y mar. De ellas, un 20% llegaron a España cruzando el Mediterráneo occidental y por la ruta atlántica de

África Occidental hacia las islas Canarias. Estos desplazamientos incluyen itinerarios por países de tránsito con diferentes realidades, marcadas por la inestabilidad política y social.

¿Qué riesgos afrontan?

A lo largo del viaje, su salud se puede ver afectada por las circunstancias adversas y los riesgos que deben correr durante el viaje, por las condiciones de vida en alojamientos insalubres, asentamientos y centros de detención en los países de tránsito.

Los problemas con la documentación dificultan el acceso a sistemas sanitarios precarios o poco desarrollados. Además, se enfrentan a barreras lingüísticas y culturales en el acceso a la información, y a barreras laborales para conseguir ingresos con los que continuar viaje.

La falta de vías legales y seguras para trasladarse a Europa aumentan el riesgo de exposición a la violencia durante el trayecto, las mujeres migrantes sufren **detenciones arbitrarias, registros y redadas en barrios y viviendas, detenciones en centros con condiciones insalubres y deportaciones masivas.**

¿Cómo afectan a su salud?

Existe poca información específica sobre la salud de mujeres y niñas, más allá de los problemas relacionados con la violencia sexual y la violencia contra la libertad reproductiva que sufren durante el tránsito: problemas obstétrico-ginecológicos y alta prevalencia de abortos, malos tratos, explotación, violaciones y vejaciones. Las embarazadas sufren especialmente la escasez de comida, la falta de asistencia médica y el hacinamiento.

Además de ello, se han identificado enfermedades respiratorias, lesiones provocadas por accidentes o medidas de control migratorio en las fronteras, quemaduras, deshidratación, gastroenteritis, intoxicación por



CO2, problemas musculoesqueléticos, traumatismos a consecuencia de la violencia y problemas neurológicos, crisis psicosocial aguda, depresión y estrés postraumático.

Por otro lado, la salud de quienes ya tenían en origen una enfermedad crónica sufre un deterioro por las dificultades para obtener medicación, la interrupción en el tratamiento y las deficientes condiciones de vida durante el viaje.

Existen prejuicios, a menudo infundados, que responsabilizan a las personas migrantes de la presencia de enfermedades contagiosas en los países de tránsito y donde se establecen. Es poco probable que surjan brotes infecciosos debido a ellas y, cuando esto ocurre, se debe a sus precarias condiciones de vida en el lugar de llegada o durante el trayecto. De cualquier modo, existe un Reglamento Sanitario Internacional (RSI) para poder prevenir la propagación de enfermedades, si se diera el caso.

¿Cómo son sus condiciones de vida durante el viaje?

La situación económica de estas mujeres migrantes repercute negativamente en su salud durante el tránsito. Para muchas la mendicidad es su única vía de ingresos. A veces consiguen trabajos para obtener recursos con los que continuar viaje, como internas en el servicio doméstico, donde carecen de derechos laborales y suelen sufrir un trato vejatorio y racismo. Las mujeres que transitan por la ruta del norte de África evitan asentamientos en bosques o campamentos, por las condiciones de higiene y por ser lugares donde se ven obligadas a soportar abusos y violencias contra ellas. Prefieren alquilar habitaciones en pisos con otras mujeres o personas de sus comunidades de origen, en las zonas donde encuentran menos dificultades para poder hacerlo.

La duración del viaje tiene repercusiones directas en su salud. A medida que pasa el tiempo sin lograr su objetivo migratorio, aumenta su deterioro físico y emocional. Para las niñas que viajan no acompañadas, los riesgos son aún mayores y se pueden ver sobreviviendo en las calles, expuestas al racismo, a la violencia sexual y al abuso de sustancias adictivas.

Las mujeres en tránsito organizan redes de apoyo mutuo, especialmente cuando tienen menores a su cargo. Alquilan pisos entre varias para evitar ir a los campamentos, se movilizan cuando una mujer sufre violencia.



EN LA SOCIEDAD DE LLEGADA

La migración conlleva sentimientos y emociones profundas, cambios en el entorno físico, social y cultural, y normalmente procesos administrativos que no siempre resultan fáciles. Cuando las personas migrantes se asientan en una nueva sociedad sufren estrés y preocupación por cambios importantes, como en la lengua, en las situaciones laborales, en el acceso a la vivienda o en sus condiciones precarias. Además de ello, en general, en las mujeres recae la tarea del cuidado de la familia, así como la adaptación y escolarización de menores, lo que agrava esta preocupación. Todo ello responde a la importancia de los determinantes sociales de la salud.

También es importante tener en cuenta aquellas políticas sanitarias en las cuales hay elementos que repercuten en la salud de las mujeres migrantes.

¿Qué ocurre cuando llegan?

La mayoría de personas extranjeras llegan a las fronteras españolas vía aérea y con autorización de entrada. Sin embargo, quienes llegan de forma irregular **a los puertos de las costas españolas**, se enfrentan a situaciones especialmente difíciles. A su llegada se inicia un expediente administrativo de devolución, excepto para quienes tienen una situación de especial vulnerabilidad, son menores de edad o han solicitado protección internacional. La primera atención la ofrecen los equipos de respuesta inmediata de emergencias, que hacen una primera valoración del estado de salud de las personas recién llegadas. A las mujeres se les suele ofrecer realizar un test de embarazo. Las personas que necesitan asistencia sanitaria pasan a una enfermería para ser atendidas, las que revisten una situación de mayor gravedad son trasladadas a centros médicos y el resto, tras una primera atención, reciben bebida, abrigo, ropa seca y un kit de higiene.

La falta de intérpretes en lenguas africanas tiene un especial impacto en las mujeres que llegan. Habitualmente para las traducciones se utiliza a personas que viajan en la misma embarcación. Es fundamental que los y

las profesionales que les atienden cuando llegan trabajen conjuntamente para que puedan detectar situaciones de violencia o vulnerabilidad, para que las mujeres no tengan que contar innumerables veces la misma historia, evitando así re-traumatizar o poner en peligro.

Migran mujeres jóvenes y sanas

Por lo general, las mujeres que migran son **jóvenes y sanas**. Suelen tener mejor salud que las autóctonas y hábitos más saludables. Estos hábitos saludables se ven afectados por la carga social que asumen las mujeres cuando llegan a otra sociedad. En los países de destino, las mujeres representan el 73,4% del total de entre las personas migrantes que trabajan en el ámbito doméstico. Cuidar de la población de destino es, a veces, la razón por la cual pierden los hábitos saludables con los que llegan.

En primera persona:

- ¿Cuáles son tus objetivos en España?
- Libertad y futuro.

(Respuesta de una niña marroquí no acompañada residente en un centro de protección de menores de Andalucía)

¿En qué condiciones viven y qué impacto tienen en su salud?

La salud de las mujeres migrantes en el contexto de la sociedad que las recibe, se ve afectada por los llamados **determinantes sociales de la salud**. En otras palabras, las condiciones de vida (económicas, educativas, laborales, de vivienda, etc.), el desarraigo cultural y familiar, la falta de redes sociales de apoyo, el desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario y administrativo en general, los prejuicios sociales y la exclusión. Estos determinantes sociales de la salud las sitúan con frecuencia en situaciones de desventaja y vulnerabilidad social, que afectan a su salud.



Vivienda. Las mujeres migrantes se ven especialmente afectadas por la segregación urbana, viviendo en áreas dañadas con problemas de accesibilidad y baja calidad de las viviendas. Existen verdaderos guetos en determinadas áreas urbanas y rurales, lo que provoca problemas de convivencia. La especialización productiva de algunas zonas agrícolas en Andalucía conlleva una alta concentración de mujeres migrantes viviendo en condiciones precarias. Algunos asentamientos chabolistas en zonas dedicadas a campañas agrícolas de temporada se han convertido en asentamientos permanentes.



Otro determinante social de la salud son las redes de apoyo; las personas migrantes en general, y las mujeres en particular, perciben un apoyo social mucho menor que la población autóctona.

Acceso al sistema sanitario. Dentro de los determinantes de la salud, los sistemas sanitarios, sus servicios de atención a la salud y el acceso a los mismos son factores especialmente relevantes. Las mujeres migrantes enfrentan barreras estructurales relacionadas con el acceso a los servicios sanitarios públicos generales.

Las **barreras de acceso** ligadas a las condiciones sociales en las que se encuentran las mujeres migrantes más importantes son el idioma, horarios y tiempos de espera, el desconocimiento de la legislación actual y los

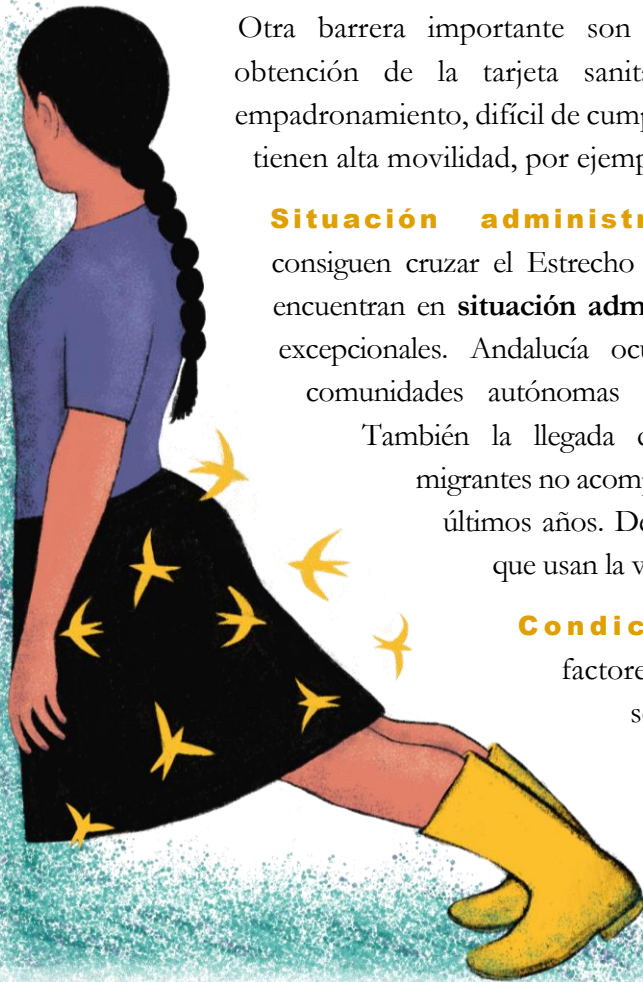
trámites administrativos requeridos. Otras dificultades son la complejidad para navegar por el sistema de salud, la dificultad para acceder a especialistas y a la atención de enfermedades diferentes o diagnósticos graves. La competencia intercultural y la comunicación entre profesionales y mujeres migrantes es también una barrera crítica: algunas mujeres se sienten ignoradas y les gustaría contar con una atención más cuidadosa. Cuando tienen trabajo, pueden tener dificultades de acceso por incompatibilidad horaria. Con frecuencia, buscan otra atención alternativa al sistema sanitario público, por ser más flexibles en los horarios.

Otra barrera importante son los requisitos legales para la obtención de la tarjeta sanitaria, estrechamente ligados al empadronamiento, difícil de cumplir por las mujeres migrantes que tienen alta movilidad, por ejemplo, en mujeres temporeras.

Situación administrativa. Las personas que consiguen cruzar el Estrecho y entrar en territorio andaluz se encuentran en **situación administrativa irregular**, salvo casos excepcionales. Andalucía ocupa el tercer puesto entre las comunidades autónomas con más solicitantes de asilo.

También la llegada de niñas, niños y adolescentes migrantes no acompañados se ha incrementado en los últimos años. De todas las llegadas irregulares, las que usan la vía marítima representan el 96%.

Condiciones de trabajo. Los factores que determinan la condición social de las mujeres migrantes les llevan a sufrir discriminación que dificulta su integración laboral y la consiguiente regularización de su situación administrativa. Cuando las mujeres tienen



Ainhoa Rodz

trabajo y autonomía económica, pueden disponer de dinero para tratamientos, alquilar o adquirir una vivienda en la que se les permita empadronarse, que es un requisito indispensable para conseguir la tarjeta sanitaria.

El trabajo precario, sin acceso a salarios dignos y con poca flexibilidad, y las situaciones de especial vulnerabilidad (prostitución y violencia de género) dificultan la autonomía de las mujeres.

Es importante destacar que las mujeres migrantes dan una importante cobertura a trabajos y labores imprescindibles que no son satisfechas por población autóctona (p. ej. trabajo de cuidado en forma de internas, cuidados polivalentes de niños y ancianos...). Estos trabajos, normalmente psíquica y físicamente duros, las condiciones precarias y la falta de tiempo de autocuidado, un importante impacto en la salud de las propias mujeres migrantes.

No obstante, no debemos olvidar que, las mujeres migrantes que se establecen en nuestra sociedad, ocupan también trabajos especializados de relevante importancia social, con condiciones dignas y con consideración y respeto por parte de la sociedad.



Algunas especificidades de la salud de las mujeres migrantes

- ◉ **Recién llegadas**, los problemas de salud más frecuentes entre las mujeres migrantes son las lesiones accidentales, quemaduras, hipotermia, accidentes cardiovasculares, complicaciones del embarazo y el parto, diabetes e hipertensión, ocasionadas por la interrupción de la atención asociado por falta de acceso a ella o por el colapso de los sistemas de atención sanitaria que ocasiona la interrupción del tratamiento continuo, crucial para las enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- ◉ **La salud reproductiva** se ve afectada por dificultades de acceso a programas de cribado de cáncer de mama y cérvix y otros programas preventivos. La incidencia de cáncer de cérvix es mayor en mujeres migrantes en nuestro contexto, lo que requiere de cribado más frecuente. Es importante considerar que todos los problemas de salud sexual y reproductiva están relacionados con el contexto de vulnerabilidad social que sufren muchas mujeres migrantes, así como el impacto que ello tiene en sus cuerpos. Así encontramos que se produce un gran número de embarazos no controlados, una mayor mortalidad perinatal y materna y una tasa de embarazos no deseados es elevada, así como la cifra de interrupciones de embarazo e infecciones de transmisión sexual. Tanto en Andalucía como en España las tasas de fecundidad de las menores de 18 años con nacionalidad extranjera son bastante más elevadas que las de adolescentes españolas.
- ◉ **En el ámbito de la salud laboral**, su inserción en los sectores peor reconocidos y remunerados (servicio doméstico, hostelería, agricultura, prostitución) les hace sufrir mayor accidentalidad, discriminación y abusos en el trabajo. Largas jornadas sin descanso, exposición a productos tóxicos de uso agrícola, cambios de temperatura en invernaderos, inestabilidad laboral, y ausencia de derechos laborales si carecen de contrato.





◉ Los problemas de salud mental más frecuentes son síndrome de estrés postraumático, somatizaciones, ansiedad, depresión. La sintomatología de la depresión está impregnada por la cultura de origen, por lo que hay que tenerla en cuenta para un correcto diagnóstico. Las mujeres y niñas refugiadas pueden haber sufrido en sus países experiencias traumáticas, por lo que a menudo presentan más patologías relacionadas con esas vivencias.

◉ Un proceso de adaptación que se produce entre quienes migran es llamado “**duelo migratorio**”,

necesario para aceptar la separación de su familia y amistades, de la lengua y cultura, de la tierra, la pérdida de estatus social y el contacto con el grupo étnico. En otras palabras, asumir las condiciones de vida en el lugar de destino y a la vez respetar la propia identidad.

Cada una debe hacer los propios ajustes y equilibrios para lograrlo, pero no siempre resulta de la mejor manera y puede conllevar efectos en la salud física y mental.

◉ Dependiendo del origen, pueden verse afectadas por **enfermedades genéticas o endémicas** lo que requiere una atención especializada. Por ejemplo el Chagas, enfermedad causada por parásitos diminutos y transmitida por medio de insectos, que es común en Centro y Sudamérica.

Políticas sanitarias que afectan a la salud de las mujeres migrantes

En España, la cobertura sanitaria universal está garantizada por la legislación vigente. El sistema sanitario andaluz atiende a todas las personas que acuden a un centro sanitario, aunque si no se dispone de tarjeta sanitaria, tendrán que asumir los costes ligados a la asistencia. Desde una perspectiva de Salud Pública, un sistema sanitario que garantiza el derecho de las personas migrantes a gozar de una buena salud, repercute de manera positiva en la salud de toda la sociedad.



Las políticas de integración afectan a la interacción entre migrantes y población autóctona. Condicionan no sólo la manera en que la población acepta e interactúa con las personas migrantes, sino también las propias actitudes, el sentido de pertenencia, la participación e incluso la salud de las personas migrantes en el país de residencia. En Andalucía se dispone del marco de la **“Estrategia Andaluza para la Inmigración 2021-2025: inclusión y convivencia”**, en cuyos principios orientadores figura la igualdad de género. En los ejes que componen la Estrategia, hay objetivos específicos dirigidos a mujeres y niñas migrantes, con actuaciones que abordan su salud.

Los valores, conocimiento y experiencias que aportan las mujeres en las sociedades de destino son fundamentales. Las mujeres migrantes amplían y fortalecen el tejido y apoyo social de las comunidades migrantes, tienen un papel protagonista en sus comunidades y las de acogida.

En primera persona:

“Isabel tiene 4 años, nació en Honduras con una malformación interna que ponía su vida en peligro. Su madre, consciente que la precariedad del sistema de salud en su país no le ofrecía las garantías mínimas de tratamiento, decidió migrar y traerla a España, con la esperanza de darle una oportunidad para sobrevivir. Tres años y cuatro operaciones más tarde, Isabel vive y aún recibe una atención médica digna para lidiar con su discapacidad física, a pesar de la situación administrativa irregular de su familia”.

(Save the Children, 2021, p.38).

EL POSIBLE RETORNO

En numerosas ocasiones, el proceso migratorio concluye con el retorno al lugar de partida, tanto por decisión propia, como de manera forzada. Muchas mujeres pueden decidir retornar en contextos de crisis económicas o porque sus condiciones de vida son aún peores en el destino. Con frecuencia, el deterioro de su estado de salud no se va a manifestar hasta el regreso. Los países de origen no suelen contar con mecanismos de reintegración eficaces para atender la salud de las mujeres que regresan. Esto es especialmente grave para aquellas mujeres y niñas que han sido víctimas de explotación y abusos en la comunidad de acogida, quienes suelen experimentar un mayor deterioro de su salud mental y física.

Al envejecer, las mujeres también pueden aspirar a regresar a su país de origen antes de la muerte. Sin embargo, pueden tener que acceder a servicios de salud y comunitarios deteriorados, alejados de los nuevos hábitos de salud adquiridos en el país de acogida, así como lazos comunitarios debilitados o inexistentes que pueden dificultar su re-integración.



Muchas mujeres refugiadas pueden pensar en retornar cuando se alcanza una mayor estabilidad y seguridad tras los conflictos o catástrofes que han provocado el desplazamiento. Además, los acuerdos de paz tras los conflictos facilitan el retorno de las personas refugiadas desde otros países.

Por otra parte, el retorno puede ser forzado. El endurecimiento de los controles de inmigración ha provocado un aumento de las órdenes de expulsión a los países de origen en los últimos años. En estas situaciones, existe un marco jurídico que impide la devolución hacia países donde exista riesgo de persecución, tortura u otras violaciones graves de los Derechos Humanos. Además, debe tenerse en cuenta el estado de salud del migrante y la unidad familiar. Por lo tanto, si una mujer padece una enfermedad terminal o que pone en peligro su vida y no puede continuar el tratamiento en su país de origen no debe ser repatriada, porque su expulsión aceleraría su final y constituiría una violación de los derechos humanos.

En todos los casos, el retorno es una nueva migración y al volver, las mujeres se pueden encontrar con una comunidad que no las reconoce como autóctonas, las estigmatiza y hasta las excluye.

Hay que destacar las aportaciones que una mujer retornada ofrece al país de origen, tanto a nivel económico, de liderazgo social, así como afectivo, por el reencuentro con los miembros de la familia que quedaron atrás.

SITUACIONES DE ESPECIAL VULNERABILIDAD

Algunas situaciones o condiciones hacen que las niñas o mujeres migrantes estén más expuestas a riesgos para la salud, por ejemplo, las mujeres excluidas por su situación administrativa, las niñas y adolescentes migrantes no acompañadas o “mal acompañadas” y las mujeres con necesidades de protección internacional o refugiadas. Es importante

conocer sus particularidades para poder garantizar el respeto a sus derechos y procurar una atención social y sanitaria adecuada a sus necesidades específicas.

Mujeres y niñas excluidas por su situación administrativa

En España trabajan alrededor de 300.000 personas migrantes en situación administrativa irregular, bien porque no han conseguido cumplir los requisitos para acceder a la residencia, o por situaciones sobrevenidas, por ejemplo, cuando una solicitud de asilo es rechazada, o no se ha podido renovar el permiso. Se estima que la mayoría de personas sin documentación en regla trabaja en sectores fuertemente feminizados y particularmente afectados por las medidas frente a la pandemia de COVID-19, como servicios en el hogar y hostelería. El resultado de este desigual impacto de la crisis sanitaria y económica es el incremento en la tasa de migrantes sin documentación en regla. Los efectos de la pandemia se han cebado, sobre todo, en las mujeres migrantes jóvenes, con bajo nivel de estudios y perteneciente a un colectivo excluido por sus rasgos raciales.

Más de 60.000 niñas o chicas se encuentran en situación administrativa irregular en España, buena parte tienen menos de 7 años de edad. Aunque el acceso a la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) está garantizado, sin permiso de residencia o NIE se limita el acceso a becas, a reclamar el título de la ESO o a matricularse en bachillerato. En junio de 2018 se derogó el Real Decreto 16/2012, que reducía el acceso sanitario gratuito de las personas en situación de irregularidad administrativa a la atención de emergencia o urgencias, a excepción de embarazadas y personas menores de 18 años. No obstante, esta situación de irregularidad administrativa sigue afectando a la salud mental o emocional de niñas y mujeres, por el riesgo constante a ser detenidas, a recibir una orden de expulsión y/o a ser deportadas.



La situación administrativa irregular complica el acceso al empleo y favorece el empobrecimiento y la exclusión de mujeres y niñas, dificulta el acceso a la vivienda e impide recibir ayudas para pagar el alquiler o la hipoteca. También dificulta su participación en actividades de ocio o viajes, así como su protección y acceso a la justicia.

Niñas y adolescentes migrantes no acompañadas o “mal acompañadas”

Las niñas o chicas menores de edad migrantes no acompañadas o sin referentes familiares en la sociedad receptora pueden encontrarse en situaciones de especial riesgo o vulnerabilidad. Tanto en la Unión Europea como en España o en Andalucía, se estima que son 1 o 2 de cada 10 menores migrantes o solicitantes de asilo no acompañados/as. La mayoría de estas chicas acogidas en el sistema de protección de menores andaluz son de origen marroquí y el número de solicitantes de asilo no acompañadas suele ser bajo. Hay que tener en cuenta que existe un número indeterminado de niñas y adolescentes migrantes no acompañadas que no han sido detectadas por las instituciones y que se encuentran en situaciones de alto riesgo para su integridad física y psicológica.



Ainhoa Rodz

Estas adolescentes fuera del sistema de protección de menores a menudo pueden encontrarse prostituidas o trabajando como empleadas domésticas internas, sin protección laboral.

La trata con fines de explotación sexual es una de las situaciones más graves de vulneración de derechos para las niñas y jóvenes migrantes no acompañadas y —en ocasiones— se ha asociado a su desaparición de los centros de protección de menores. Incluso se han encontrado víctimas de trata menores de edad detenidas en Centros de Internamiento de Extranjeros, tras errores en la determinación de su edad. Asimismo, niñas y adolescentes migrantes también pueden ser víctimas de trata con fines de explotación laboral, delincencial o de otro tipo.

Los **matrimonios forzados** de niñas crecen en contextos de pobreza, en campos de refugiadas/os en Líbano o Jordania, pero también en España. Estos matrimonios suponen, además de una vulneración de derechos y libertades, riesgos para su salud sexual y reproductiva.

En función de la cultura de origen de las niñas, también es un riesgo para algunas la **mutilación genital femenina** o ablación. En la última década ha aumentado en España el número de niñas procedentes de países con bajo riesgo (Nigeria, Senegal, Ghana o Mali) y ha disminuido el número de niñas de países con mayor riesgo (Somalia, Egipto o Etiopía). La mutilación, además de reducir el placer sexual, conlleva un mayor riesgo de complicaciones durante el parto, laceraciones y hemorragias obstétricas. Puede provocar otros problemas físicos (incontinencia urinaria) y psicológicos (depresión, ansiedad).

En niñas y adolescentes migrantes en general, y no acompañadas en particular, se pueden manifestar **síntomas relacionados con la salud mental o emocional**: nostalgia de la vida en origen, duelo migratorio, afectación emocional o estrés postraumático a consecuencia de las violaciones de derechos humanos que hayan podido sufrir, inestabilidad o



bloqueos emocionales, ansiedad y frustración, cuadros depresivos en los procesos de espera para su regularización administrativa, somatizaciones (en forma de diarreas, dolor de cabeza, insomnio, etc.). Entre las víctimas de trata o explotación sexual puede observarse indefensión aprendida, depresión y problemas de adicciones, entre otros síntomas.

Mientras que los chicos migrantes no acompañados reciben una hipervisibilización mediática, que contribuye a su estigmatización, las niñas y adolescentes migrantes no acompañadas están especialmente invisibilizadas, lo que multiplica su vulnerabilidad. El hecho de que sean menos numerosas y de que sus circunstancias o contextos de migración dificulten su atención, hace que los servicios sociales y de salud no estén del todo preparados para responder a sus necesidades específicas y para garantizar sus derechos.

Las jóvenes ex tuteladas, por su parte, tienen que hacer frente al riesgo de exclusión al finalizar el período de protección oficial, cuando por edad tienen que salir de los centros de acogida sin recursos que les permitan iniciar una vida autónoma.

Mujeres con necesidad de protección internacional

Las mujeres que solicitan refugio en España son líderes comunitarias y defensoras de derechos humanos, periodistas, denunciantes o testigos de corrupción. Destaca la persecución hacia mujeres víctimas de violencia sexual en el marco de conflictos políticos en los que intervienen diferentes agentes de persecución. También hay mujeres desplazadas por la violencia y la persecución de parte de maras y pandillas responsables de extorsiones, violaciones, secuestros, asesinatos y desapariciones.

La persecución por motivos de género es otra de las violencias que sufren: el matrimonio forzado, la mutilación genital femenina, los malos tratos por parte de sus parejas o familiares cercanos, la orientación sexual, la

identidad de género o por constituir familias monomarentales. Hay mujeres víctimas de violencias por parte de familiares al quedar embarazadas antes de casarse y haber sido abandonadas por sus parejas. La dificultad de probar la persecución también limita las posibilidades de obtener protección. Por ejemplo, se deniegan muchas solicitudes de mujeres que han huido de un matrimonio forzado.

Las dificultades de acceso al procedimiento de asilo o refugio son una barrera para acceder a la protección internacional. El 95% de las solicitudes de asilo suelen denegarse en España, aunque en torno al 30% obtienen un permiso de residencia temporal por razones humanitarias. La tasa de solicitudes aceptadas es de las más bajas de toda la Unión Europea, alrededor de la mitad son de mujeres y casi el 20% menores de edad.

La mayoría de personas que necesitan protección internacional se ven obligadas a emprender viajes cada vez más peligrosos para entrar en Europa y pedir asilo. Por ejemplo, las mujeres que solicitan asilo en los puestos fronterizos de Ceuta y Melilla, han tenido que entrar en el territorio de forma irregular, poniendo en riesgo su vida.

El reasentamiento, como acogida temporal de personas desplazadas por conflictos bélicos, es la única vía segura para proteger a las personas refugiadas y evitarles un viaje plagado de riesgos para su integridad física y psicológica. Para las mujeres y menores que huyen de la guerra en Ucrania se ha activado una protección temporal, como reconocimiento especial adoptado por primera vez en la historia tras una decisión aprobada por unanimidad en la Unión Europea.

El estado de salud de las mujeres y niñas refugiadas se ve seriamente afectado por las experiencias sufridas en sus países, por lo que a menudo presentan patologías relacionadas con esas vivencias. También influyen las situaciones vividas durante el tránsito y a su llegada a Europa.




La gestión de la acogida a veces incluye situaciones que repercuten negativamente en su salud, como las detenciones, la amenaza de encierro o repatriación forzada, la situación de calle o en campamentos, las trabas burocráticas y ralentización de los trámites para obtención del asilo, protección internacional o estatus de regularidad administrativa, los brotes de xenofobia, la criminalización mediática, etc.

Para hacer frente a problemas relacionados con la salud mental, es fundamental el apoyo social como mecanismo de protección. Los sentimientos de soledad y desamparo, la pérdida de seres queridos, pueden provocar problemas de salud. Ataques de ansiedad, angustia, pesadillas, apatía, desesperanza, frustración, somatizaciones como cefaleas o dolores musculares, problemas de sueño, depresión, o trastorno de estrés postraumático, son frecuentes entre mujeres y niñas refugiadas. La atención psicológica que se les presta a su llegada es fundamental para sanar esas heridas a veces invisibles.

La atención integral a las mujeres y niñas que solicitan protección internacional es una prioridad para que su inclusión social, laboral familiar les permita recuperarse de las experiencias vividas en su país de origen y durante el viaje.

En primera persona:



“Sara, de 8 años, llegó desde Colombia con su familia huyendo de las amenazas que recibía su padre, un político local. Son solicitantes de protección internacional, aunque saben que tienen escasas posibilidades de que se les reconozca el asilo en España. Sara recibe atención psicológica desde hace unos meses por problemas de adaptación. En solo un año ha tenido que cambiar tres veces de colegio por los cambios de residencia dentro del programa de acogida”

(Save the Children).

RESUMIENDO ALGUNAS IDEAS: 10 MENSAJES CLAVE



Las mujeres migrantes son diversas: trabajadoras por cuenta ajena o propia, empresarias, estudiantes, refugiadas, artistas, investigadoras, científicas, religiosas, diplomáticas, representantes de organismos internacionales, jubiladas...



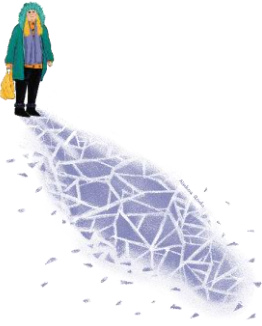
La crisis de la COVID-19 ha servido para poner en evidencia la contribución que muchas mujeres migrantes hacen a nuestra sociedad, destacando su labor en los cuidados de personas dependientes.



Es fundamental que las mujeres migrantes no sean percibidas como las “otras” o “extrañas” sino como mi vecina, mi compañera de trabajo, una madre del cole... con derechos y responsabilidades, preferencias y miedos, como yo. Sólo así se consigue un modelo de ciudadanía acorde con la diversidad de nuestra sociedad.



Muchas mujeres y niñas que migran, y especialmente aquellas que huyen para salvar su integridad física, están también rompiendo con modelos culturales que nosotras cuestionamos desde la perspectiva de los Derechos de las Mujeres.



A pesar de su buen estado de salud en general, con los años de estancia, las mujeres probablemente pierdan los “factores de protección” y su salud empeore. Lo fundamental es trabajar para disminuir las desigualdades sociales.

Los datos deberían incluir siempre la perspectiva de género para reflejar las experiencias de las mujeres. Si no se recogen o visibilizan las necesidades, las prioridades y las voces de las mujeres refugiadas y migrantes, éstas seguirán ausentes de las políticas destinadas a protegerlas y darles asistencia. Las niñas y adolescentes migrantes no acompañadas están especialmente invisibilizadas, lo que multiplica su vulnerabilidad.



Desde las Administraciones se deben tomar medidas para mejorar las condiciones sociales, laborales, de vivienda; facilitar la reagrupación familiar y el aprendizaje del idioma. Así como normalizar el acceso a los servicios sanitarios, promover grupos de apoyo e incidir en actividades preventivas culturalmente adaptadas y en detección precoz de enfermedades más prevalentes entre mujeres migrantes.





La situación de irregularidad administrativa tiene consecuencias en la vida de las niñas y adolescentes migrantes o hijas de migrantes, entre otras cuestiones padecen más riesgo de pobreza y mayores dificultades de acceso a una vivienda digna, a la formación, a la participación en actividades de ocio o al sistema judicial.



Debemos analizar y valorar los efectos positivos que la integración de las mujeres aporta a las sociedades de acogida, las mujeres migrantes son activos de salud. Por todo ello es determinante su papel en la formulación de políticas que reconozcan y reflejen no solo los riesgos sino todos los beneficios de salud que aportan.



Ser una mujer retornada mayor, viuda o tener bajos ingresos puede suponer una prestación sanitaria inadecuada en países de ingresos medios y bajos.



LECTURAS Y RECURSOS PARA SABER MÁS

ALGUNAS LECTURAS RECOMENDADAS

La salud de las mujeres inmigrantes. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007.

https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/AreaSalud/Publicaciones/docs/GuiasSalud/Salud_XVIII.pdf

Migración internacional, salud y derechos humanos. Organización Internacional de Migraciones (OIM), 2013.

https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublication_sp.pdf

Crecer sin papeles en España. Save the Children, 2021.

[https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-02/Crecer sin papeles en Espana SC_PC.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-02/Crecer_sin_papeles_en_Espana_SC_PC.pdf)

Vidas que cruzan fronteras. Un análisis feminista sobre la Frontera Sur. Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR), 2020.

<https://www.cear.es/wp-content/uploads/2021/01/Vidas-que-cruzan-fronteras.pdf>

Investigación sobre la vulneración de los DD.HH. en zonas rurales andaluzas: migración, trata laboral, y otras formas de explotación, para el fortalecimiento de los agentes andaluces de desarrollo. Mujeres en Zona de Conflicto. Financiado por la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AACID). 2019.

<http://ongd.mzc.es/investigacion/EstudioTrataLaboralAndalucia.pdf>

ALGUNAS WEBS DE REFERENCIA

Recursos en la Web del IAM

<https://www.iam.junta-andalucia.es/index.php/2013-08-08-10-31-21/guia-juridica-sobre-violencia-de-genero-y-derechos-de-las-mujeres/tag/mujeres%20inmigrantes>

Salud es nombre de mujer. Medicus mundi Andalucía

Propuesta educativa y de sensibilización acerca de la situación de los derechos humanos de las mujeres y las niñas en el mundo y su impacto en la salud.

<https://www.medicusmundi.es/es/que-hacemos/educacion-para-la-ciudadania/sensibilizacion/recursos-educativos/70/salud-g%C3%A9nero-mujer-derechos-humanos>

Stop rumores

Web para combatir los rumores negativos e inciertos que dificultan la convivencia en la diversidad en nuestros entornos más cercanos.

<https://stoprumores.com/>

<https://stoprumores.com/sanidad-y-servicios-sociales-menu/>

Línea telefónica de ayuda a niñas, niños y adolescentes

El teléfono gratuito 116111 de ámbito europeo ofrece escucha y orientación, así como una respuesta rápida, privada y confidencial para personas menores de edad que se encuentran solas o en riesgo, posibilitando informar sobre posibles situaciones de maltrato.

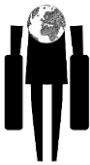
Si crees que alguna mujer o niña está en una situación de trata con fines de explotación sexual debes ponerlo en conocimiento de las autoridades llamando al teléfono de atención gratuita 900105090, o escribiendo a cualquiera de estos emails de las Fuerzas de Seguridad del Estado: trata@policia.es o trata@guardiacivil.org

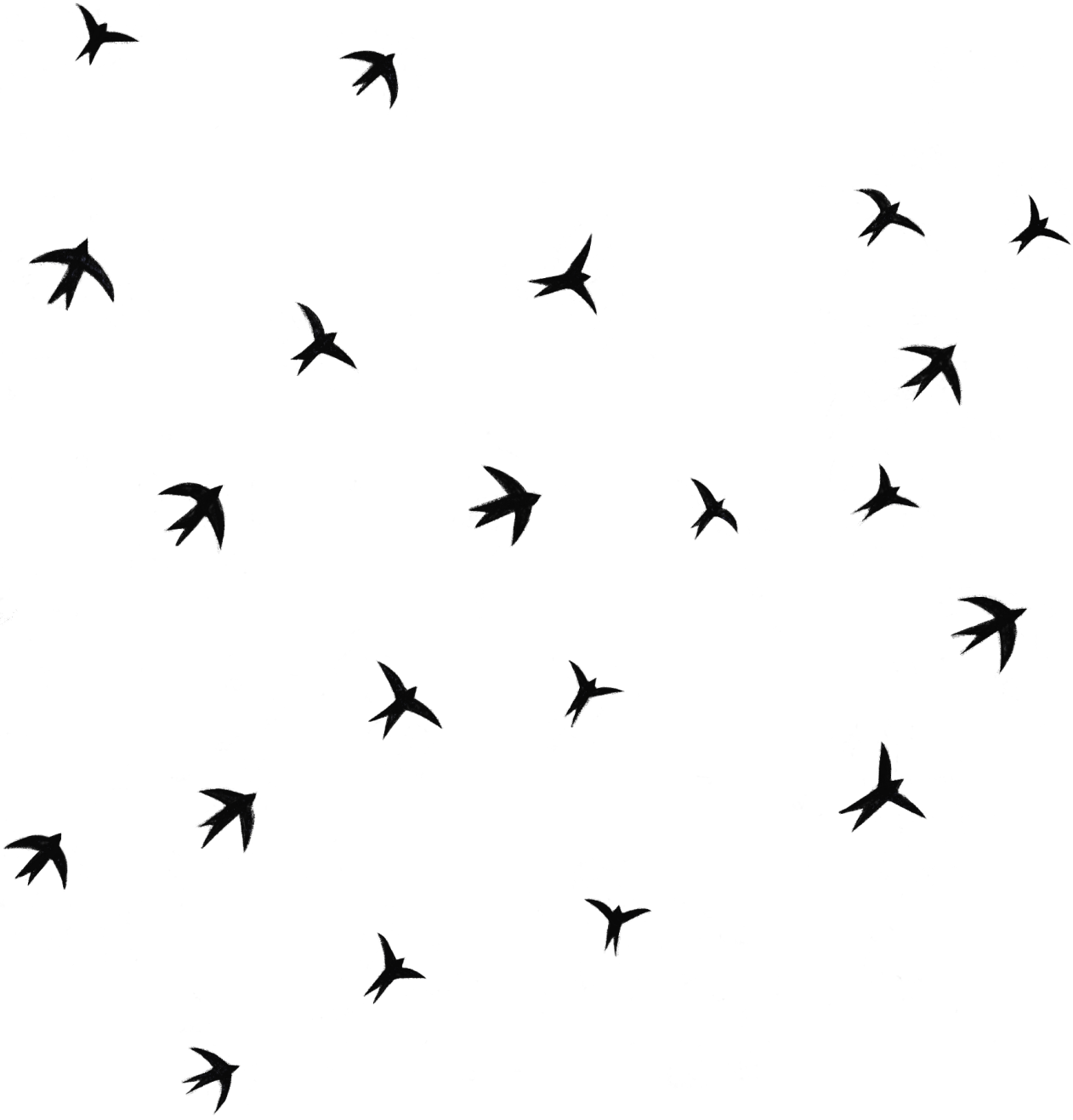
Web ONU Mujeres

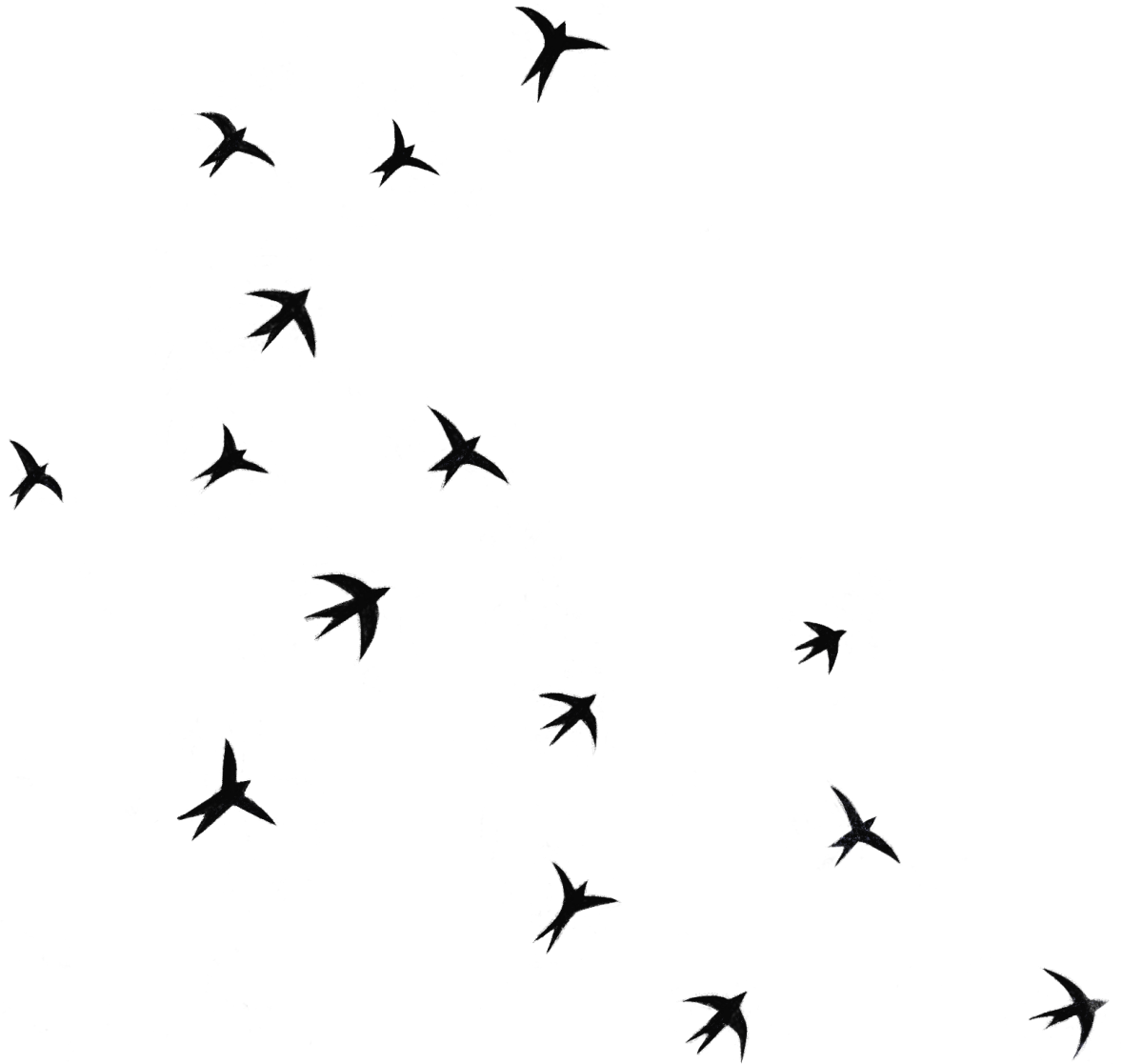
<https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/women-refugees-and-migrants#>

Vidas invisibles

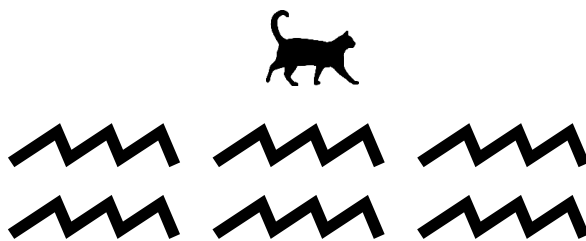
<https://www.youtube.com/watch?v=B7cX2poReXo>







Este cuaderno se terminó de imprimir el día 11 de julio de 2022,
Día Mundial de la Población





Abilhoa Rodz