A stylized illustration of two hands, one in shades of purple and blue, the other in shades of blue and green, holding a heart. The background is composed of large, overlapping geometric shapes in various colors like blue, purple, and green, creating a mosaic effect.

# **HACIA LA EQUIDAD EN SALUD EN ANDALUCÍA**

**DIAGNÓSTICO DE LA INCORPORACIÓN DE UNA  
PERSPECTIVA SENSIBLE A LA DIVERSIDAD CULTURAL  
Y AL GÉNERO EN LAS POLÍTICAS Y SERVICIOS SANITARIOS**

**INVESTIGACIÓN Y REDACCIÓN:**

**ROCÍO GARRIDO**

**MAD**  
Africa

## Edita

MAD África

Movimiento por la Acción  
y el Desarrollo de África

Calle Antonio Susillo, 30 local, 41002

Sevilla/España

+34 695 512 623

www.madafrica.es

## Investigación y Redacción

Rocío Garrido - CESPYPD, Universidad de Sevilla

rocioga@us.es

## Coordinación Proyecto Nder

MAD África (Isabel Suárez, Giulia Costanzo)

## Maquetación y Diseño

Glenda Dimuro Peter

## ISBN

## Financiación

Este estudio se enmarca en el proyecto "Nder: Alzando la voz desde los feminismos africanos" (OF007/2017), coordinado por las asociaciones MAD África y África con voz propia y financiado por la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Este trabajo ha contado también con el apoyo económico de la Society for Community Research and Action (SCRA) de la Asociación Americana de Psicología, a través de sus mini-grants (Convocatoria 2018). El contenido de la publicación es responsabilidad exclusiva de las autoras y no refleja necesariamente la opinión de la entidad financiadora.

Sevilla, 2019

## Agradecimientos

La autora quiere expresar su más profundo agradecimiento a todas las personas que han contribuido de una manera u otra a hacer posible este trabajo. En primer lugar, a todas las personas expertas que han colaborado en las entrevistas, con el objetivo de contribuir a mejorar el sistema de salud y hacerlo más sensible a la diversidad cultural y de género. En segundo lugar, a la asistencia técnica de Pablo Müller, Blanca Bohórquez y Marina Martínez.



Los contenidos están sujetos a una Licencia Creative Commons por la que, en cualquier explotación de la obra autorizada por la licencia hará falta reconocer la autoría, quedando la explotación a usos no comerciales, pudiendo crearse obras derivadas siempre que se mantengan la misma licencia al ser divulgadas.

## Referencia:

Garrido, R. (2019). *Hacia la Equidad en Salud en Andalucía: Diagnóstico de la incorporación de una perspectiva sensible a la diversidad cultural y al género en las políticas y servicios sanitarios*. Sevilla: MAD África.

# ÍNDICE

Resumen	4
Introducción	5
Objetivos	7
Acciones principales	8
Marco teórico	9
Marco metodológico	12
Diseño	12
Análisis documental de las políticas	12
Documentos	12
Instrumento y Procedimiento	13
Entrevistas para el análisis de las prácticas	14
Participantes	14
Instrumento y procedimiento	16
Resultados	17
Bloque 1. Descripción de las políticas y planes evaluados	17
Las leyes reguladoras de la salud y el modelo sanitario en Andalucía	17
IV Plan Andaluz de Salud (IV PAS)	19
III Plan Integral para la Inmigración en Andalucía Horizonte 2016	20
III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020	21
Bloque 2. Resultados según los estándares de equidad	23
(E1) Equidad en la misión, objetivos y valores	23
(E2) Equidad en el acceso a los servicios	37
(E3) Equidad en la calidad de los servicios / Sensibilidad	53
(E4) Equidad en la participación	61
(E5) Promoción de la Equidad	66
Conclusiones y recomendaciones de mejora	75
Recomendaciones de mejora	77
Anexo 1	83
Anexo 2	86

# RESUMEN

Este estudio se enmarca en el proyecto Nder: Alzando la voz desde los feminismos africanos, coordinado por las asociaciones MAD África y África con voz propia y financiado por la Agencia Andaluza de Cooperación al Desarrollo. Su objetivo fue explorar la incorporación de una perspectiva sensible a la diversidad cultural y al género en las políticas y sanitarias en Andalucía, así como valorar su implementación real en las prácticas sanitarias. El diseño de Investigación fue mixto, combinando el análisis documental de las políticas con entrevistas a diferentes agentes clave en la atención sanitaria a mujeres migrantes (personal sanitario y personal de ONGs). Para la recogida de información, se elaboraron dos instrumentos, bajo los cinco indicadores de equidad en salud: (E1) Equidad en la misión, valores y objetivos; (E2) Equidad en el acceso a los servicios; (E3) Equidad en la calidad de la atención o Sensibilidad; (E4) Equidad en la participación; y (E5) Promoción de la Equidad.

Los resultados mostraron que las políticas están basadas en los principios que regulan la equidad en salud y proponen estrategias/objetivos generales dirigidos a lograrla. Sin embargo, existe una brecha entre los planes y su aplicación real en la práctica sanitaria. En relación a la equidad de género, los planes realizan una división por sexos en el análisis de la realidad y proponen algunas acciones dirigidas específicamente a las mujeres. Aquellas dirigidas a mujeres migrantes—objeto de estudio principal de este estudio—se refieren, en exclusiva, a los cuidados y a funciones sexuales-reproductivas. Los/as profesionales indican que estas mujeres presentan barreras añadidas en relación a su acceso y atención sanitaria. Por otro lado, el tratamiento de la diversidad cultural en las políticas sanitarias es muy limitado. Y cuando se toma como foco a la población migrante se hace de una forma genérica, homogeneizando las características y sus necesidades de un grupo muy heterogéneo de personas. En respuesta a estos desafíos, se han elaborado una serie de recomendaciones de mejora, para cada uno de los estándares/indicadores de equidad.

# INTRODUCCIÓN

Actualmente, la movilidad humana es una de las principales causas del cambio poblacional, lo cual sitúa la gestión de la diversidad cultural como un desafío clave para la gobernanza de las sociedades receptoras<sup>1</sup>. Uno de los factores que caracterizan los flujos migratorios del siglo XXI es el progresivo aumento de la presencia de mujeres, fenómeno conocido como la feminización de las migraciones<sup>2</sup>. Según la Organización Internacional para las Migraciones<sup>3</sup>, el 48% de las personas que migran internacionalmente son mujeres, las cuales han ido adquiriendo un papel protagonista en la decisión y el proceso de migrar. En España residen 2.360.813 mujeres migrantes, 305.808 de las cuales viven en el sur, Andalucía<sup>4</sup>.

Este hecho hace necesario un nuevo análisis de las necesidades de las personas que llegan a nuestras sociedades y forman parte de ellas, así como de la capacidad de los sistemas de las sociedades receptoras—que fueron diseñados para poblaciones homogéneas—para responder a la diversidad y fomentar el bienestar y la equidad. Siguiendo a Cattacin, Chiarenza y Domenig<sup>5</sup>, **“la reelaboración de políticas y normas es una manera de reflejar las nuevas realidades y apoyar la capacidad de las organizaciones para afrontar nuevos retos”**.

En respuesta a este desafío, *este trabajo se centra en el análisis de las políticas sanitarias y los sistemas de salud, considerándolos como uno de los principales activos comunitarios en la respuesta a las necesidades en salud de las personas migrantes— independientemente de sus características socio-demográficas, su estatus migratorio o el tiempo de residencia*<sup>67</sup>. Concretamente, se analizará en qué medida las políticas sanitarias existentes en Andalucía son sensibles a la diversidad cultural y al género, de modo que faciliten prácticas efectivas en la atención de los/as usuarios/as y sus comunidades, especialmente, de las mujeres migrantes.

---

<sup>1</sup> Carr, S. C. (2010). *The Psychology of Global Mobility*. New York: Springer.

<sup>2</sup> Paiewonsky, D. (2007). *Feminization of migration*. United Nations. International Research and Training Institute for the Advancement of Women. Recuperado de: <https://trainingcentre.unwomen.org/instraw-library/2009-R-MIG-GLO-FEM-EN.pdf>

<sup>3</sup> Organización Internacional para las Migraciones (2018). *Informe sobre las migraciones en el mundo*. Recuperado de: [https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr\\_2018\\_sp.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2018_sp.pdf)

<sup>4</sup> Instituto Nacional de Estadística (21 de Abril de 2019). *Población extranjera por nacionalidad y sexo*. [Fichero de datos]. Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e245/p04/provi/10/&file=0ccaa002.px>

<sup>5</sup> Cattacin, S., Chiarenza, A., y Domenig, D. (2013). *Equity standards for health care organisations: a theoretical framework*. *Diversity and Equality in Health and Care*, 10(4), 249-258.

<sup>6</sup> Permanand, G., Krasnik, A., Kluge, H., & McKee, M. (2016). *Europe's migration challenges: mounting an effective health system response*. *The European Journal of Public Health*, 26(1), 3-4. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv249>

<sup>7</sup> Ingleby, D., y Kotsioni, I. (Eds.). (2012). *Inequalities in health care for migrants and ethnic minorities (Vol. 2)*. COST series on Health and Diversity. Belgium: Garant.

Las políticas para responder los retos que plantean las sociedades diversas, a menudo **se centran en grupos específicos**, tales como las poblaciones migrantes o las mujeres. Sin embargo, esta priorización o segregación puede crear estereotipos e invisibilizar las diferentes situaciones que pueden posicionar a una persona en una situación de riesgo<sup>8</sup>. Estas situaciones pueden provenir de características intrínsecas o individuales, tales como el sexo, la etnia, la orientación sexual o la edad, o bien de factores extrínsecos de corte más social, como la situación laboral, el nivel socio-económico o el contexto donde vive.

Para evitar este sesgo, este estudio adopta una perspectiva interseccional. Es decir, asumimos que “las personas son complejas y comparten una serie de características por las que pueden ser motivo de discriminación, como sexo, etnia, edad, discapacidad, orientación sexual—y cualquier combinación entre ellas. Por ello, cuando se les niega igualdad/equidad, se deberían tener en cuenta todas las facetas relevantes de su individualidad, entendiendo así la discriminación interseccional”<sup>9</sup>. De este modo, entendemos que el sistema sanitario debe promover acciones que hagan frente a las inequidades, que son injustas y evitables, y reconozcan/ atiendan las diferencias culturales, que son legítimas y deben ser respetadas<sup>10</sup>.

A continuación, se indican los principales objetivos de este estudio, así como las actividades desarrolladas para lograrlos. En segundo lugar, se resume el marco teórico que le da base, seguido del marco metodológico general, donde se describen las dos fases principales del estudio: el análisis documental de las políticas sanitarias y la realización de entrevistas a profesionales para explorar cómo se traducen estas políticas en la práctica sanitaria. En tercer lugar, se ofrecen los principales resultados del estudio para, finalmente, ofrecer recomendaciones o sugerencias para mejorar la incorporación de una perspectiva sensible a la diversidad cultural y de género en las políticas y en las prácticas sanitarias en Andalucía.

Finalmente, es de señalar que este estudio se enmarca en el Proyecto *Nder: Alzando la voz desde los feminismos africanos*, coordinado por MAD África y financiado por la AACID. Su objetivo fue favorecer la participación socio-política de las mujeres subsaharianas en Andalucía. Los resultados aquí presentados, basados en el análisis de las políticas y las prácticas sanitarias, se pueden complementar con otro documento<sup>11</sup> asociado a este proyecto, que ofrece la visión de las propias mujeres migrantes sobre algunas cuestiones clave en su bienestar e integración, entre las cuales destacan los servicios socio-sanitarios.

---

<sup>8</sup> Viruell-Fuentes, E. A., Miranda, P. Y., & Abdulrahim, S. (2012). More than culture: structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Social science & medicine*, 75(12), 2099-2106.

<sup>9</sup> European Union Agency for Fundamental Rights (2013). *Inequalities and Multiple Discrimination in Access to and Quality of Healthcare*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

<sup>10</sup> Marmot, M., & Commission on Social Determinants of Health. (2007). *Achieving health equity: from root causes to fair outcomes*. *The Lancet*, 370(9593), 1153-1163.

<sup>11</sup> Cubero, A. y Garrido, R. (2019). *Diagnóstico participativo sobre la situación de las mujeres africanas en Sevilla (Andalucía)*. Sevilla: MAD África.

# OBJETIVOS

Los objetivos de este estudio fueron los siguientes:

1. Analizar la incorporación de una perspectiva sensible a la diversidad cultural y en las políticas sanitarias en Andalucía.
2. Analizar la incorporación de una perspectiva sensible al género en las políticas sanitarias en Andalucía.
3. Conocer la implementación real de estas políticas sanitarias en la práctica, identificando las dificultades encontradas para su desarrollo y buenas prácticas relacionadas con la diversidad cultural y de género.
4. Elaborar recomendaciones para mejorar la incorporación de una perspectiva sensible a la diversidad cultural y de género en las políticas y en las prácticas sanitarias.

# ACCIONES PRINCIPALES

A continuación, se detallan las acciones a desarrollar para lograr cada uno de los objetivos planteados.

Para alcanzar los objetivos 1 y 2, se desarrollaron las siguientes acciones:

- Diseñar un instrumento capaz de evaluar la sensibilidad a la diversidad cultural y de género en las políticas públicas dirigidas a la gestión de la diversidad en Andalucía.
- Revisar marcos conceptuales y metodologías relevantes en dicho campo para identificar las características de las políticas, instituciones y servicios que definen la sensibilidad a la diversidad cultural y de género.
- Seleccionar las principales políticas públicas dirigidas a la gestión de la diversidad en Andalucía, objeto de estudio (entre 3-5 documentos).
- Aplicar el instrumento a las políticas seleccionadas y analizar los resultados.

Para alcanzar el objetivo 3, se desarrollaron las siguientes acciones:

- Diseñar un instrumento capaz de evaluar la implementación real de estas medidas en las prácticas sanitarias, identificar las dificultades encontradas para su desarrollo y buenas prácticas relacionadas con la diversidad cultural y de género.
- Identificar agentes clave, representantes de diferentes sectores relacionados con la salud, i.e. gestores/as de servicios sanitarios, profesionales sanitarios, profesionales de ONGs que acompañan las atenciones sanitarias.
- Aplicar el instrumento a los/as agentes clave, al menos 5 del ámbito sanitario y 5 del ámbito de las ONGs.
- Analizar los resultados, en relación con los resultados encontrados en el análisis de las políticas.

Para alcanzar el objetivo 4, se desarrollaron las siguientes acciones:

- Recoger información en las entrevistas de aquellos elementos que deberían incorporarse al diseño de políticas públicas dirigidas a la gestión de la diversidad para mejorar su sensibilidad hacia la diversidad cultural y de género en sus prácticas.
- Integrar los resultados de ambas evaluaciones (políticas y prácticas) para identificar los elementos clave necesarios para mejorar la incorporación de una perspectiva sensible a la diversidad cultural y de género en las políticas públicas y en las prácticas.

# MARCO TEÓRICO

Antes de comenzar con el estudio, fue fundamental delimitar en qué consiste la incorporación de una perspectiva sensible a la diversidad cultural y de género en las políticas públicas y prácticas sanitarias. Para ello, se identificó un modelo conceptual útil para definir con claridad los indicadores, aplicable a la evaluación de políticas y prácticas.

En cuanto a la sensibilidad hacia la diversidad cultural, se tomaron como referencia las recomendaciones elaboradas por el Consejo de Europa<sup>12</sup> para lograr la equidad en cuestiones relativas a la migración y el acceso a servicios de salud de poblaciones culturalmente diversas. Estas recomendaciones han sido marco de referencia para el diseño de otros proyectos, tales como el Migrant Integration Policy Index (MIPEX)<sup>13</sup> y el desarrollo de los Estándares de equidad para organizaciones sanitarias<sup>14</sup>.

**MIPEX es un proyecto que ofrece indicadores y un instrumento para verificar en qué medida las políticas públicas de los países promueven la equidad entre personas migrantes y autóctonas en diferentes ámbitos (i.e. salud, educación, acceso a la nacionalidad, reagrupación familiar, anti-discriminación, participación política, residencia y empleo).** MIPEX ofrece unos estándares comunes de evaluación, así como los resultados de los países participantes a modo de ranking, entre los que se encuentra España ocupando el puesto 11 de 38. En la Figura 1, en la parte izquierda, se muestran los principales resultados obtenidos en nuestro país en cada área en su última evaluación (2014). Asimismo, en la parte derecha de la figura, se desglosan los resultados de salud por cada dimensión evaluada—las cuales han sido útiles para el diseño de nuestra propuesta de evaluación.

La evaluación de la equidad en salud del MIPEX incluye cuatro bloques: (1)

- Derechos y titularidad para acceder a los servicios [entitlement to health services]. Una política equitativa garantiza la misma cobertura para todas las personas, protegiéndolas contra el riesgo de que puedan necesitar atención que no pueden pagar. Igualmente, dispone de estrategias para asegurar que estos derechos se conozcan y se respeten. En el MIPEX, el derecho se valora en términos de cobertura—es decir, la gama de servicios que están cubiertos por el sistema—y asequibilidad.

<sup>12</sup> Recommendation CM/Rec (2011). 13 of the Committee of Ministers to member states on mobility, migration and access to health care. Strasbourg: Council of Europe. Disponible en: <http://bit.ly/rKs2YD>

<sup>13</sup> MIPEX: <http://www.mipex.eu/>

<sup>14</sup> Cattacin, S., Chiarenza, A. y Domenig, D. (2013). Equity Standards for Health Care Organisations: A Theoretical Framework. Diversity and Equality in Health and Care, 10(4), 249-258.

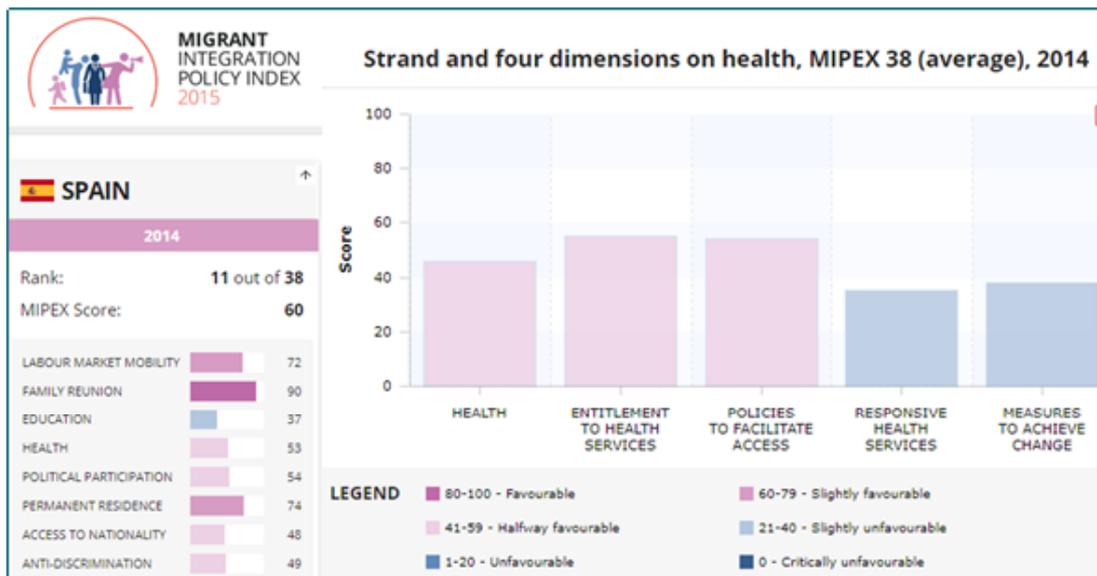


Figura 1: Resultados de España en MIPEx, 2014.

- Accesibilidad a los servicios [policies to facilitate access]. Una política equitativa elimina las barreras para la accesibilidad, en términos de adaptación de servicios/procedimientos a la cultura y a las necesidades de la población migrante, de diseminación de información y educación para la salud, etc.
- Sensibilidad de los servicios [responsive health services]. Una política equitativa debe desarrollar programas de capacitación para proveedores, estrategias para abordar las barreras comunicativas (e. g. mediadores/as y servicios de interpretación) y promover la participación de los/as usuarios/as para el funcionamiento de los servicios, la formulación de políticas y prácticas.
- Orientación al cambio [measures to achieve changes]. Una política equitativa debe evaluar y ofrecer evidencias del grado de salud de los migrantes y el impacto de las medidas implementadas. Esto se traduce en invertir en investigación de calidad y en la promoción de la colaboración y el trabajo en red de los diferentes agentes promotores de salud (servicios sanitarios, ONGs y asociaciones, universidades, ciudadanía, etc.).

Por otro lado, los *Estándares de equidad para organizaciones sanitarias* proponen dimensiones similares, pero aplicándolas a las prácticas de las organizaciones sanitarias. Concretamente, surgen de un proyecto denominado Migrant Friendly Hospitals (Hospitales amigos de los migrantes)<sup>15</sup>, que pretendía unificar criterios en las organizaciones sanitarias para hacerlas más sensibles a las necesidades de los migrantes y minorías étnicas. Este proyecto, introdujo la idea de que para aumentar la capacidad de respuesta, se debía no sólo mejorar las competencias o comportamientos de los/as profesionales y de las personas usuarias de los servicios, sino también las estructuras organizacionales donde se daba la atención. Los estándares fueron el resultado de las evaluaciones y propuestas derivadas de 12 hospitales de 12 países europeos, que coincidieron en señalar cinco bloques clave de actuación—muy similares a los de MIPEx:

<sup>15</sup> Migrant Friendly Hospitals: [www.mfh-eu.net](http://www.mfh-eu.net)

(1) Equidad en las políticas organizacionales; (2) Equidad en el acceso a los servicios; (3) Equidad en la calidad de la atención; (4) Equidad en la participación dentro de la organización; y (5) Promoción de la equidad.

En el presente estudio hemos tomado estos modelos teóricos como base para diseñar los instrumentos de evaluación y analizar los resultados obtenidos, siempre adaptándolos al contexto andaluz y a nuestra población-diana: las mujeres migrantes.

En cuanto a la sensibilidad hacia el género o equidad de género de las políticas sanitarias, múltiples indicadores han sido utilizados a lo largo del tiempo<sup>16</sup>, no existiendo un consenso sobre cuáles deben ser utilizados. Por ello, en este estudio hemos adaptado los estándares de equidad usados para medir la sensibilidad cultural al género.

De este modo, en este estudio se incluyen cuatro estándares/dimensiones de equidad para evaluar en qué medida las políticas y prácticas responden a las mujeres migrantes:

- E1/ Equidad en la misión, valores y objetivos. Este estándar tiene que ver con el reconocimiento explícito de la equidad como un desafío social y como la misión del sistema sanitario. Asimismo, se refleja en la valoración de la diversidad cultural y la perspectiva de género como un valor/objetivo de los planes.
- E2/ Equidad en el acceso a los servicios. Este estándar se traduce en el análisis de las barreras de acceso y la existencia de acciones para superarlas; i. e. diferentes tipos de acceso, distribución geográfica y horario de atención plural, acciones concretas para colectivos especialmente vulnerables, ofrecer información adaptada a los/as usuarios/as, etc.
- E3/ Equidad en la calidad de la atención o Sensibilidad. Consiste en adaptar los servicios a las necesidades de las personas y los colectivos—en este caso migrantes y/o mujeres—teniendo en cuenta la interseccionalidad de sus problemas. Aquí también cobra un especial interés la formación de los/as profesionales sanitarios/as en cuestiones de diversidad y de género.
- E4/ Equidad en la participación. Este estándar evalúa en qué medida el sistema sanitario ofrece mecanismos o procesos que promuevan la participación de los/as usuarios/as migrantes y/o mujeres. Esto requiere considerar al usuario/a como agente activo no solo en el disfrute del servicio o su demanda, sino también en su evaluación e, incluso, en su diseño
- E5/ Promoción de la Equidad. Este estándar se relaciona con la inclusión en redes de trabajo intersectorial y multidisciplinar, el desarrollo de proyectos y programas compartidos con otras organizaciones o entidades comunitarias. Asimismo, tiene que ver con la evaluación del impacto real de los servicios en sus usuarios/as y comunidades.

---

<sup>16</sup> Lin, V., Gruszyn, S., Ellickson, C., Glover, J., Silburn, K., Wilson, G., & Poljski, C. (2007). Comparative evaluation of indicators for gender equity and health. *International Journal of Public Health*, 52(1), S19-S26.

# MARCO METODOLÓGICO

## DISEÑO

Para realizar una primera aproximación al diagnóstico de la sensibilidad cultural y de género de las políticas sanitarias en Andalucía, se utilizó un paradigma transformativo<sup>17</sup>. Este paradigma se caracteriza por utilizar diseños mixtos de investigación y promover la participación activa de los agentes implicados en el objeto de estudio. Dentro de este marco y con la intención de recoger diferentes perspectivas que puedan ofrecer una visión rica y compleja, se han combinado diferentes métodos de investigación. Por un lado, el análisis documental de las políticas públicas o planes de gestión de la diversidad en Andalucía en materia de salud. Por otro lado, la realización de entrevistas a agentes clave en la atención sanitaria a mujeres migrantes para conocer la aplicación real de dichas políticas. A continuación, se describen brevemente el procedimiento seguido en cada una de las fases de investigación.

## ANÁLISIS DOCUMENTAL DE LAS POLÍTICAS

### DOCUMENTOS

Para el análisis documental de las políticas, se incluyeron las principales leyes reguladoras del Sistema Sanitario Público de Andalucía, así como los planes principales dirigidos a la atención sanitaria y a la integración socio-sanitaria de personas migrantes. En total se analizaron nueve documentos:

- Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía<sup>18</sup>, como marco jurídico autonómico.
- Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía<sup>19</sup>, como marco jurídico autonómico.
- Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad

<sup>17</sup> Mertens, D. M. (2007). Transformative paradigm: Mixed methods and social justice. *Journal of mixed methods research*, 1(3), 212-225.

<sup>18</sup> Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1998/BOE-A-1998-18720-consolidado.pdf>

<sup>19</sup> Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2011/255/4>

del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones<sup>20</sup>, como marco jurídico estatal.

- Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud<sup>21</sup>, como marco jurídico estatal:
- Resolución de 20 de junio de 2019, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y farmacia, por la que se hacen públicas las “Recomendaciones para el procedimiento de solicitud, registro y expedición del documento certificativo que acredita a las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan residencia legal en territorio español, para recibir asistencia sanitaria”<sup>22</sup>, como marco estatal.
- IV Plan Andaluz de Salud (IV PAS)<sup>23</sup>, como expresión de las políticas de salud del Gobierno de Andalucía durante el periodo comprendido entre 2013-2020.
- Informe de desarrollo del PAS para el periodo 2014-2016<sup>24</sup>, el cual recoge la última evaluación disponible de la implementación del IV PAS.
- III Plan Integral para la Inmigración en Andalucía Horizonte 2016<sup>25</sup>, concretamente, el área de intervención socio-sanitaria.
- III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020<sup>26</sup>.

Los documentos fueron seleccionados por consenso entre la investigadora principal del estudio y las entidades coordinadoras del proyecto, atendiendo a un criterio de relevancia para la regulación y gestión de las políticas sanitarias en Andalucía. Además, tras realizar las entrevistas a los/as profesionales, se decidió incluir el III PISMA 2016-2020, dada la importancia otorgada a la atención de la salud mental de las mujeres migrantes.

## INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO

Para realizar la evaluación, se diseñó un instrumento—adaptado de los instrumentos utilizados por MIPEX y por los *Migrant Friendly Hospitals*—que valoraba en qué medida los planes y políticas recogían cada uno de los cinco estándares. Contaba con 20 ítems/indicadores: 4 que valoraban el E1/Equidad en la misión, objetivos y valores; 5 que valoraban el E2/Equidad en el acceso a los servicios; 4 que valoraban el E3/Equidad en la

---

<sup>20</sup> Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2012/BOE-A-2012-5403-consolidado.pdf>

<sup>21</sup> Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2018/07/27/7>

<sup>22</sup> Resolución de 20 de junio de 2019, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y farmacia. Disponible en: [https://statics-correofarmacologico.uecdn.es/cms/sites/11/2019/07/documento\\_recomendaciones.pdf](https://statics-correofarmacologico.uecdn.es/cms/sites/11/2019/07/documento_recomendaciones.pdf)

<sup>23</sup> Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Junta de Andalucía. (2013). III Plan Andaluz de Salud. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/sobre-junta/planes/detalle/41144.html>

<sup>24</sup> Consejería Salud. Informe desarrollo periodo 2014-2016. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/planes/13/10/Informe%20desarrollo%202014-2016%20IV%20PAS%20modif.%2018-10-17.pdf>

<sup>25</sup> Consejería de Turismo, Regeneración, Justicia y Administración Local. (2014). Plan III Plan Integral para la Inmigración en Andalucía Horizonte 2016. Disponible en: [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PIPIA\\_III\\_0.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PIPIA_III_0.pdf)

<sup>26</sup> Consejería de Salud. III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020. Disponible en: [http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/655/pdf/iii-pisma\\_041016.pdf](http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/655/pdf/iii-pisma_041016.pdf)

calidad de la atención o sensibilidad; 3 que valoraban el E4/Equidad en la participación y 4 que valoraban el E5/Promoción de la equidad. Para cada uno de los ítems/indicadores, los/as evaluadores/as debían responder si sí/no estaba incorporado en el documento analizado. Además, en caso de responder afirmativamente, se recogía evidencia de ello, introduciendo el texto donde se referenciaba. Este instrumento se presenta en el Anexo 1.

El análisis fue realizado por dos evaluadoras independientes. De este modo, cada una realizó la evaluación de las políticas individualmente, poniendo en común las respuestas. En caso de no existir consenso en la respuesta a algún indicador, se argumentaban las decisiones y se acordaba la respuesta adecuada. Es de señalar que sólo en dos indicadores sobre promoción de la equidad no hubo consenso a priori, obteniéndolo tras la argumentación.

## ENTREVISTAS PARA EL ANÁLISIS DE LAS PRÁCTICAS

### PARTICIPANTES

Para la selección de los participantes se utilizó un procedimiento de muestreo no probabilístico, intencionado. De este modo, se definieron dos perfiles de interés: personal sanitario—que valoraron la atención sanitaria desde dentro del sistema—y profesionales procedentes de ONGs que realizan acompañamientos sanitarios de sus usuarios/as migrantes. Los criterios de inclusión fueron tener una experiencia de trabajo en su organización mayor de un año y ser reconocidos/as en el ámbito de la migración y la salud.

En las entrevistas participaron 12 personas, de las cuales seis fueron personal sanitario—que valoraron la atención sanitaria desde dentro del sistema—y seis fueron profesionales procedentes de ONGs que realizan acompañamientos sanitarios de sus usuarios/as migrantes. La gran mayoría de las personas participantes fueron mujeres de mediana edad (entre 28-40 años), con una vinculación a la entidad muy variada (de al menos 2 años, hasta más de 20). En la Tabla 1 y 2 se detallan los perfiles de los/as entrevistados/as. Es de señalar que se reservan los datos relativos a la entidad donde trabajan para velar por la confidencialidad de las respuestas.

CÓDIGO	PROFESIÓN	GÉNERO	EXPERIENCIA LABORAL
ONG1	Psicóloga	Mujer	Desde 2006 trabajo con población migrante, especialmente menores y familias. Desde 2016 trabaja en el Programa de Asilo y Protección Internacional.
ONG2	Psicóloga	Mujer	Desde 2016 ha trabajado en proyectos de investigación-acción con población migrante y refugiada. Desde 2017 trabaja en el Programa de Asilo y Protección Internacional.
ONG3	Psicóloga	Mujer	Desde 2012 trabaja con mujeres víctimas de trata, en su mayoría migrantes subsaharianas.
ONG4	Trab. Social	Mujer	Desde 2015 ha estado trabajando en el programa de atención humanitaria y desde 2017 en pisos de acogida para mujeres migrantes.
ONG5	Psicóloga	Mujer	Desde 2016 trabaja en el Programa de Asilo y Protección Internacional.
ONG6	Trab. Social	Mujer	Desde 2017 trabaja en el Programa de Asilo y Protección Internacional. Experiencia en trabajo con menores y en derecho internacional.

**Tabla 1: Perfil de los participantes provenientes de ONG.**

CÓDIGO	PROFESIÓN	GÉNERO	EXPERIENCIA LABORAL
PS1	Médico	Hombre	Experiencia de 25 años trabajando en la atención sanitaria a migrantes y refugiados, tanto en España como en el extranjero. Trabaja desde 1994 en la atención sanitaria a personas refugiadas y solicitantes de asilo. Participa activamente en el diseño e implementación de planes de formación relacionados con salud y migraciones.
PS2	Matrona y docente-investigadora	Mujer	Ha trabajado en varios hospitales como matrona. Experta en la adaptación cultural de servicios de salud sexual y reproductiva. Doctora y docente en la Universidad de Sevilla en temas relacionados con salud y diversidad.
PS3	Médico	Mujer	Estuvo 2 años trabajando en Malawi en temas de equidad en salud. Desde 2006 trabaja en el SAS como médico de familia
PS4	Economista experta en salud y migraciones	Mujer	Amplia experiencia como gerente de sistemas de calidad y atención a usuarios en hospitales públicos. Reconocida activista en defensa de los derechos de las personas migrantes, especialmente de mujeres. Miembro la Plataforma Somos Migrantes y otras ONGs.
PS5	Matrona	Mujer	Experiencia de más 30 años como matrona y trabajo de atención a migrantes, se ha desempeñado en atención primaria en el ámbito clínico, con cargos directivos y de gestión en el SAS.
PS6	Enfermera y personal docente-investigador.	Mujer	Enfermera con más de 10 años de experiencia, desempeñándose en el ámbito clínico y de la investigación. Ha trabajado y colaborado con diferentes ONGs dirigidas a la equidad y diversidad cultural. Docente en la Universidad de Sevilla en temas relacionados con salud y diversidad.

**Tabla 2: Perfil de los participantes provenientes de centros sanitarios.**

### INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO

Para realizar la evaluación, se diseñó un instrumento—adaptado de los instrumentos utilizados por MIPEX y por los *Migrant Friendly Hospitals*—para valorar en qué medida los/as estándares de equidad estaban presentes en las políticas organizacionales y en las prácticas sanitarias.

Se diseñó un instrumento—adaptado de los instrumentos utilizados por MIPEX y por los *Migrant Friendly Hospitals*—que valoraba en qué medida los planes y políticas recogían cada uno de los cinco estándares. Contaba con 20 ítems/indicadores: 4 que valoraban el E1/Equidad en la misión, objetivos y valores; 5 que valoraban el E2/Equidad en el acceso a los servicios; 4 que valoraban el E3/Equidad en la calidad de la atención o sensibilidad; 3 que valoraban el E4/Equidad en la participación y 4 que valoraban el E5/Promoción de la equidad. Para cada uno de los ítems/indicadores, los/as entrevistadas debían responder si sí/no había evidencia en las políticas organizacionales y las prácticas sanitarias que estaban valorando—propias de su organización en el caso de personal sanitario y de los centros sanitarios donde realizaban el acompañamiento en caso de los/as profesionales de las ONGs. Cada respuesta debía ser argumentada con ejemplos, de modo que contasen como evidencias.

Los contactos con los/as profesionales y la recogida de información se llevó cabo entre lo abril y octubre de 2019. En todos los casos, antes de la entrevista, se envió a los participantes un correo electrónico con las características del proyecto y el guión de preguntas. De este modo, se les pedía que evaluaran su idoneidad con el perfil propuesto para participar y que preparasen las respuestas.

Se contactó a un total de 26 profesionales de centros de salud y ONGs. Cuatro de los cuales no cumplían con los criterios establecidos o consideraban que no eran idóneos o idóneas para responder. Catorce profesionales no participaron debido a dificultades de tiempo en su agenda o no respondieron para concretar un encuentro. Finalmente, participaron voluntariamente 12 personas (6 pertenecientes a ONGs vinculadas al ámbito de la migración y 6 del ámbito sanitario). Las entrevistas se realizaron presencialmente y fueron grabadas, tras recoger el consentimiento informado. Las entrevistas fueron transcritas para plasmar las evidencias en el instrumento elaborado. La información recogida se llevó a cabo mediante un análisis de contenido, analizando las opiniones convergentes y divergentes para cada ítem. Se realizaron dos análisis complementarios, de forma separada, para cada grupo de profesionales (ámbito sanitario vs. ONGs).

# RESULTADOS

A continuación, se presentan los principales resultados de este estudio, divididos en dos grandes bloques. Primero, se describen las políticas y planes evaluados, señalando especialmente el abordaje que realizan sobre las cuestiones de género y diversidad cultural o migración. Posteriormente, se exponen los resultados obtenidos siguiendo los estándares de equidad propuestos; es decir, en cinco secciones: E1/Equidad en la misión, objetivos y valores; E2/Equidad en el acceso a los servicios; E3/Equidad en la calidad de la atención o Sensibilidad; E4/Equidad en la participación; y E5/Promoción de la Equidad. Para cada uno de estos estándares, la información se ha agrupado en los sub-estándares más destacados. En cada uno de ellos, se ofrece el análisis realizado de las políticas y planes, así como de las entrevistas sobre la aplicación práctica de las mismas en el sistema de salud, recogido en las entrevistas a los/as profesionales.

## BLOQUE 1: DESCRIPCIÓN DE LAS POLÍTICAS Y PLANES EVALUADOS

A continuación, se detallan las principales características de los documentos analizados para valorar las políticas sanitarias en Andalucía. Especialmente, se detalla su estructura y cómo introducen las cuestiones relativas al género y a la población migrante/extranjera.

### **LAS LEYES REGULADORAS DE LA SALUD Y EL MODELO SANITARIO EN ANDALUCÍA**

La Junta de Andalucía tiene la titularidad de las competencias sanitarias desde la promulgación del Estatuto de Autonomía en 1981. La Consejería de Salud y Familias es el órgano del gobierno andaluz responsable de las directrices de las políticas sanitarias y de la gestión de los organismos del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

El modelo andaluz de salud se ha desarrollado de acuerdo con la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, marco jurídico del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Su objetivo es regular las actuaciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de la ciudadanía en Andalucía, el régimen de definición y aplicación de los derechos y deberes de la ciudadanía respecto de los servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma y la ordenación general de las actividades sanitarias. Este marco normativo se ha ido complementando a lo largo del tiempo, destacando en los dos últimos años, la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía. Esta tiene

como objetivo continuar mejorando la salud de la población desde una nueva perspectiva en la que primarán las políticas de protección y promoción de la salud. Concretamente, la Ley 16/2011 surge para dar respuesta a los nuevos retos a los que se enfrenta el Sistema Sanitario Público de Andalucía derivado de los cambios sociales, económicos y políticos. Se habla así de un cambio de ciclo, caracterizado por la diversidad:

*“La convivencia de diversas culturas y formas de vida, hecho provocado por las migraciones; la convivencia del laicismo y de diversas religiones; la aparición de nuevas formas de familia; las diferentes orientaciones sexuales de las personas; la nueva conceptualización de la identidad de género, así como las nuevas formas de convivencia entre personas con diferentes grados de autonomía y capacitación física o mental, son fenómenos que modifican la vida de las personas. Nada, en la esfera política o social, en las prácticas privadas o públicas, ha quedado indemne a su influencia. Todo ello desencadena nuevas situaciones y también conflictos, obligando a los poderes del Estado a adecuarse a una nueva norma que refleje las prácticas y usos que la sociedad civil vive, desarrollándola mediante leyes que reconozcan la igualdad de derechos y la discriminación positiva. En la emergencia de este nuevo marco de referencia globalizado e interconectado, intercultural y con orientación de género, la salud se comprende como bienestar colectivo y plenitud personal.”*

La misión del Sistema Sanitario Público de Andalucía es la siguiente: (1) contribuir sustancialmente a mejorar la salud y el bienestar de toda la población; (2) proporcionar la mejor atención sanitaria a toda la población; (3) asegurar el valor de los recursos; y (4) generar y gestionar el conocimiento. Concretamente, la ley 16/2011, habla de «la nueva salud pública», **definiendo la salud como:**

*“un factor de inversión en la vida comunitaria óptima. Bajo esta nueva visión, el cometido de la salud pública será la mejora de la salud y de la calidad de vida de la población; es decir, contribuir a generar en la sociedad las condiciones de vida más favorecedoras para la salud de la población, promover conductas y estilos de vida más saludables, proteger la salud ante las amenazas y los riesgos, y no solo luchar contra las enfermedades y minimizar la pérdida de la salud. Esta nueva visión transforma la actividad económica vinculada a la salud desde un posicionamiento reactivo, de respuesta al accidente patológico, hacia un posicionamiento proactivo, de anticipación, promoción y mejora del bienestar de las personas”.*

Por otra parte, los valores que definen y guían la actuación del Sistema Sanitario Público de Andalucía son: Universalidad, Equidad, Sostenibilidad, Transparencia, Innovación, Enfoque preventivo y de promoción, Compromiso con la calidad, Accesibilidad, Satisfacción ciudadana, Personalización, Participación, Trabajo en equipo, Reconocimiento profesional, Corresponsabilidad y Servicio público.

La atención sanitaria se centraliza en el Servicio Andaluz de Salud, como principal proveedor. Este dispone de una red de servicios asistenciales, integrada y organizada para garantizar la accesibilidad de la población y la equidad en la distribución de recursos.

Finalmente, es de señalar que el Plan Andaluz de Salud aparece como la forma en el Gobierno andaluz materializa estas cuestiones en políticas sanitarias, asumiendo **compromisos específicos y definiendo objetivos, metas y estrategias concretas.**

A pesar de que la Comunidad Autónoma de Andalucía tiene soberanía sobre la gestión de su sistema sanitario, en este estudio se han incluido algunas leyes y regulaciones estatales que regulan la provisión de servicios sanitarios, ya que, como expondremos en el bloque posterior, **han generado dificultades para la atención de la población migrante.**

### IV Plan Andaluz de Salud (IV PAS)

La evaluación de políticas se basó, principalmente, en el IV PAS, como expresión de las políticas de salud del Gobierno de Andalucía durante el periodo comprendido entre 2013-2020. Enmarcado en la Estrategia de Salud en Todas las Políticas, define las políticas, los compromisos, las metas y los objetivos que desde todos los sectores del Gobierno se adoptan para mejorar y proteger la salud de las personas que viven en Andalucía. Además del documento donde se recoge el plan, también se incluyó en el análisis el documento del Informe de desarrollo del PAS para el periodo 2014-2016, el cual recoge la última evaluación disponible de su implementación.

El IV PAS puede dividirse en tres grandes partes. La primera hace referencia la situación de la salud y sus determinantes en Andalucía. La segunda a la descripción del plan y los compromisos adquiridos. La tercera a la puesta en marcha y la propuesta de evaluación del plan.

En el primer bloque de introducción y caracterización de la población andaluza se hace referencia a la inmigración como elemento importante, representando un punto específico del informe (1.3). En este punto se describen las estadísticas públicas relativas a la población extranjera, que suponía un 8,6% del total en el año 2013. Esta población extranjera se concentraba en Málaga—principalmente, personas procedentes de la Unión Europea—y en Almería—principalmente, personas procedentes de África. Estos datos, aunque ofrecen un marco general a nivel estadístico, requerirían una lectura más profunda y de carácter más cualitativo para poder caracterizar el perfil de las personas extranjeras que viven en Andalucía, diferenciando los múltiples y heterogéneos colectivos que representa. Es necesario analizar las características que pueden posicionar a estas **personas en una posición de vulnerabilidad, así como las necesidades específicas de**

salud para colectivos concretos, como el de las mujeres migrantes.

En este primer bloque del informe, después de la presentación de las características socio-demográficas de la población, se describen los determinantes sociales de la salud en Andalucía: (a) Situación Económica y Social, (b) Nivel de renta y condiciones económicas de vida, (c) Situación de empleo/desempleo, (d) Situación de empleo/desempleo, (e) Condiciones de vivienda y el entorno urbanístico, (f) Educación, (g) Medio ambiente y salud, y (h) Desigualdades en la utilización de servicios de salud. Estos determinantes se presentan a través de estadísticas descriptivas, las cuales, en su mayoría aparecen diferenciadas según el sexo de las personas. Sin embargo, no se indica si esas diferencias son significativas, ni se profundiza en las posibles causas.

### III Plan Integral para la Inmigración en Andalucía Horizonte 2016 (III PIPIA)

La estructura del III PIPIA está configurada en nueve bloques: (I) Contexto de la inmigración en Andalucía, (II) Marco jurídico, (III) Espacios de coordinación, (IV) Principios rectores, (X) Objetivos generales, (XI) Ejes transversales, (XII) Estrategias de intervención, (XIII) Metodología de intervención, (IX) Modelo de seguimiento y evaluación.

El primer bloque del III PIPIA hace una descripción estadística de la población extranjera empadronada en Andalucía hasta finales del año 2012. En la caracterización se muestra la población diferenciada en función del sexo/género, permitiendo conocer la distribución de hombres y mujeres en relación a otros factores socio-demográficos como la actividad económica, la edad, el país/región originaria y la provincia andaluza de residencia. Este análisis muestra una distribución heterogénea y desequilibrada de la población extranjera entre las diferentes provincias andaluzas señalando una marcada diversidad territorial.

Ante este fenómeno, el III PIPIA incorpora entre sus ejes transversales una estrategia de territorialización que, en el área socio-sanitaria, permita realizar un diagnóstico de las necesidades de la población inmigrante, elaborar estrategias de promoción de la salud y realizar intervenciones socio-sanitarias locales e intersectoriales con el fin de garantizar el respeto a la diversidad.

A continuación, se presentan **los objetivos específicos correspondientes al área socio-sanitaria del III PIPIA:**

- (3.1) Mejorar de la accesibilidad y conocimiento del SSPA por parte de las personas extranjeras y sus familias, especialmente en situaciones de mayor vulnerabilidad.
- (3.2) Incorporar la gestión de la diversidad en la atención socio sanitaria de las personas extranjeras y sus familias.

- (3.3) Posibilitar una atención sociosanitaria de calidad a la población extranjera mediante acciones intersectoriales, participadas e integradas en el ámbito local, con criterios de equidad.
- (3.4) Prevenir, atenuar y dar respuesta a las repercusiones sobre la salud de la población extranjera más vulnerable en las etapas socioeconómicas desfavorables.
- (3.5) Impulsar el acceso y la adaptación de la atención socio sanitaria y la promoción de la salud a aquellas personas de origen extranjero con problemas de drogodependencias y/o adicciones, mediante medidas y actuaciones adaptadas a las características culturales y lingüísticas de esta población.

En cuanto al género, el III PIPIA hace mención de la situación de desprotección que enfrentan algunas mujeres migrantes, especialmente madres de familia, que puede hacerlas más vulnerables a sufrir violencia de género y/o explotación laboral. Atendiendo los factores de vulnerabilidad relacionados con el género y la etnia se establece dentro de los ejes vertebradores socio-sanitarios *avanzar en un modelo de atención integral con perspectiva familiar y de género*. No obstante, el género no se incluye de manera específica entre los objetivos y las medidas de intervención en esta área.

### III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020 (III PISMA)

En su estructura interna, el III PISMA se divide en ocho bloques: (I) Introducción, (II) Marco de referencia, (III) Descripción de la situación, (IV) Áreas de mejora y prioridades, (V) Líneas estratégicas, (VI) Seguimiento y evaluación, (VII) Normativa y (VIII) Resumen ejecutivo. Asimismo, las áreas principales sobre las que se desarrolla el plan son cuatro:

- Protección de los derechos de las personas con problemas de salud mental y fortalecimiento de los movimientos asociativos y la participación ciudadana.
- Promoción del bienestar emocional y en la prevención de problemas de salud mental.
- Mejora en la calidad de las intervenciones para optimizar la detección, atención y recuperación de las personas afectadas por trastornos mentales, preferentemente en poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad.
- Gestión adecuada de los recursos existentes; gestión del conocimiento para asegurar prácticas efectivas y seguras; y una evaluación e investigación que informe de los resultados y oriente hacia los desarrollos futuros.

El III PISMA parte de un análisis epidemiológico, que pone de manifiesto la importancia de los problemas de salud mental en Andalucía, especialmente para las mujeres. Con una prevalencia del 25%, representa el cuarto problema de salud para los hombres y el segundo para las mujeres. Según el estudio PISMA-ep. Andalucía, citado en el plan, ser mujer supone el principal factor de riesgo para sufrir un trastorno mental en la población andaluza.

Además, el III PISMA, incorpora un apartado sobre violencia contra las mujeres (I.7), el cual denomina *un importante problema de salud pública*. Tras informar sobre el número de víctimas mortales por violencia contra las mujeres (765 entre 2003-2014), el cual es descrito como la punta del iceberg de un problema mayor, se relaciona esta situación con el riesgo de sufrir algún trastorno mental. Según el informe, el 51,4% de las mujeres maltratadas cumple criterios para cualquier trastorno mental, frente al 17,9% de las que no han sido maltratadas.

En el punto III del Plan, dentro de la Descripción de la situación, se incluye un sub-apartado sobre *Población inmigrante*. En este se hace una presentación de la evolución del número de personas inmigrantes no regularizadas en Andalucía, pero no hace referencia al género/sexo de dichas personas. En cuanto a su salud mental, si bien se introducen algunos factores de riesgo para poblaciones migrantes de renta baja, el análisis es muy limitado:

*“Las personas inmigrantes pueden verse influidas por determinados factores de riesgo entre los que se encuentran la ausencia de apoyo sociofamiliar, la falta de residencia fija, el hacinamiento, la cohabitación forzada, así como la actitud de rechazo, marginación y exclusión social de la sociedad receptora. Según datos del estudio CIBERESP 2014, dirigido por Malmusi y Gotsens, las personas nacidas en países de renta baja tienen un mayor riesgo de problemas de salud mental que las personas nacidas en España, destacando la mala salud mental de las mujeres procedentes de América Latina” (pág.47).*

*“En general, el riesgo de mala salud mental es menor en hombres que en mujeres, aunque entre los años 2006 y 2012 la evolución en los hombres ha sido más negativa exceptuando los originarios de Asia, donde se invierte la tendencia. En cuanto al tiempo de residencia, el riesgo de mala salud mental es mayor en inmigrantes de países de rentas bajas con más tiempo de residencia” (pág.48).*

**La finalidad del III PISMA es conseguir una reducción en la carga de enfermedad mental** en la población y una mejora de la calidad de vida de las personas afectadas. Para lograrlo, se propone utilizar recursos sanitarios y no sanitarios, desde una perspectiva interdisciplinar e intersectorial. Además, se propone incrementar las intervenciones en el ámbito comunitario y la participación activa de la ciudadanía.

Entre las líneas estratégicas, el plan propone dos ejes centrales que enmarcan las líneas de acción a desarrollar y los resultados esperados: estrategias y curso de la vida. A continuación, se hace una breve presentación de las líneas estratégicas que se proponen:

- Línea estratégica 1: Promoción y prevención:
  - Objetivo general 1: Promoción de la salud y el bienestar emocional.
  - Objetivo general 2: Prevención de problemas de salud mental.
- Línea estratégica 2: Detección, atención y recuperación:
  - Objetivo general 3: Detección precoz y atención a la población infantil y adolescente.
  - Objetivo general 4: Detección precoz y atención a la población adulta.
  - Objetivo general 5: Atención a personas adultas en situación de riesgo o desventaja social.
- Línea estratégica 3: Derechos humanos y participación:
  - Objetivo general 6: Igualdad y derechos de las personas con problemas de salud mental.
  - Objetivo general 7: Participación en el cuidado de la salud mental.
- Línea estratégica 4: Gestión de recursos y sistemas de información:
  - Objetivo general 8: Recursos de soporte del Plan.
- Línea estratégica 5: Gestión del conocimiento, investigación y evaluación:
  - Objetivo general 9: Excelencia profesional, evidencia, investigación, evaluación e innovación.

## BLOQUE 2: RESULTADOS SEGÚN LOS ESTÁNDARES DE EQUIDAD

### (E1) EQUIDAD EN LA MISIÓN, OBJETIVOS Y VALORES

En primer lugar, es de señalar que la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía recoge la equidad como uno de sus ejes: “La equidad junto con la reducción de desigualdades en salud es uno de los ejes que recorre transversalmente todos los títulos de la ley. La ley propone garantizar la equidad en salud, entendida como el derecho de las personas a disfrutar, en igualdad de oportunidades, de una vida saludable.” (pág. 2). Además, **entre sus fines se encuentra “Reducir las desigualdades en salud y procurar que las personas compartan con equidad los progresos en salud y el bienestar personal y social”** (pág.4).

Es importante, señalar aquí la **definición que ofrece la ley 16/2011 de equidad en salud**, no solo porque es el objeto de análisis principal de este estudio, sino también por la importancia que se le otorga en dicha ley y los planes derivados de ella. La equidad es entendida como *“el derecho de las personas a disfrutar, en igualdad de oportunidades, de una vida saludable”*.

Igualmente, consideramos relevante apuntar otros dos términos muy relacionados con la equidad y que se mencionan en numerosas ocasiones en los planes analizados, como son las desigualdades en salud y los determinantes sociales de la salud. Las desigualdades en salud se definen como “aquellas diferencias que perjudican, de manera sistemática e injusta, a una persona o grupo en términos de oportunidades y que originan una merma en su situación de salud”. Mientras que los determinantes de la salud se entienden en la ley como el “conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud individual y colectiva.”

A continuación, se detallan los principales elementos encontrados en relación a cómo se materializa esta definición de equidad en la misión, valores y objetivos de los planes analizados, así como la valoración que hacen los/as profesionales de su traducción a la práctica sanitaria en el trabajo con mujeres migrantes. Concretamente, se destacan tres bloques temáticos: (1.1.) Equidad en salud y determinantes sociales, (1.2.) Sensibilidad cultural y abordaje de la diversidad (1.3.) Perspectiva de género.

### (E1.1) EQUIDAD EN SALUD Y DETERMINANTES SOCIALES

#### Resultados del análisis documental

El IV PAS, en su presentación, por parte de la Consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, se define el plan como *“un instrumento valiosísimo para la defensa del derecho a la salud de todas las personas que viven en Andalucía y una garantía de equidad, bienestar y justicia social”* (pág. 6). La palabra equidad no solo aparece en esta presentación, sino que se nombra 16 veces en todo el documento. En su mayoría, **la equidad hace alusión a esta como un valor o como un fin que guía el plan, aunque también aparece nombrada en siete de sus metas/objetivos** (Tabla 3).

La equidad en todo momento aparece vinculada al marco de los determinantes sociales de la salud. Esto va en la línea de las directrices internacionales en salud pública. Concretamente se sigue la propuesta de la Organización Mundial para la Salud<sup>27</sup>, la cual explica las diferencias en salud de la población según “el contexto socioeconómico y político, así como la estructura social y la posición que adquiere cada persona en esa estructura. Una posición que viene determinada por factores como el género, la edad, el territorio en el que se vive e incluso el poder, entendido como la capacidad de influencia de la ciudadanía sobre su propia salud.” (pág. 5). De esto se deriva una propuesta de intervención intersectorial a la que denominan Salud en todas las políticas (STP: “la alianza entre todas las políticas de un mismo gobierno para lograr mejorar los determinantes estructurales de la salud, promoviendo el desarrollo armónico de todas

---

<sup>27</sup> OMS (2006). Los determinantes sociales de la salud: los hechos probados. Edición española, traducción de la 2ª Edición de la OMS. Secretaría General Técnica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/andaluciaessalud/doc/LosdeterminantesenlaSalud.Hechos%20probados.pdf>

las personas y grupos en la sociedad.” (pág. 5).

Objetivo 4.3.2. *Mejorar la equidad en el acceso a los servicios sanitarios para las minorías y los grupos sociales especialmente vulnerables.*

Objetivo 4.3.3. *Mejorar la equidad en el acceso a prestaciones y servicios de carácter preventivo y de promoción de la salud.*

Meta 6.1. *Conseguir un marco colaborativo entre los agentes implicados que garantice la gestión de la información, y la generación e incorporación del conocimiento y la tecnología orientada a la mejora de la salud, en un escenario de equidad y responsabilidad compartida.*

Objetivo 6.3.4. *La organización sanitaria asegurará que los nuevos desarrollos tecnológicos **previamente avalados por la evidencia científica estén accesibles con criterios de sostenibilidad y equidad a toda la población.***

Meta 6.4. *Orientar el uso de las nuevas tecnologías a mejorar el acceso equitativo de la ciudadanía a la información y a los servicios de salud, así como a fomentar la capacitación y la participación ciudadana para generar más salud.*

Objetivo 6.4.1. *El SSPA garantizará la accesibilidad completa de la ciudadanía a los servicios **de salud mediante procesos telemáticos con criterios de equidad y antes del final de 2015.***

Objetivo 6.4.3. ***El SSPA definirá, en colaboración con la sociedad civil organizada, iniciativas de capacitación para un acceso mejor y más equitativo a las nuevas tecnologías, así como para la participación telemática para generar más salud.***

Tabla 3: Objetivos del IV PAS relacionados con la equidad.

Este enfoque en la equidad y en los determinantes sociales de la salud ofrece una **visión más integral del sistema sanitario y redefine sus objetivos/metas**. De hecho, en la presentación del plan se admite que la mayoría de las políticas sanitarias públicas desarrolladas en el pasado han estado enfocadas en la enfermedad, desde un punto de vista individualista, lo cual ha llevado a una excesiva medicalización que no revierte en el bienestar comunitario ni en la mejora real del nivel de salud colectiva. Se reconoce además que *“las situaciones de injusticia y desigualdad en la distribución del nivel de salud nunca se deben a circunstancias individuales, sino que surgen como resultado de las decisiones y prioridades políticas y económicas que se tomen en un momento histórico dado.”*. Por ello, la apuesta del Gobierno andaluz con este IV PAS implica:

*“**profundizar hasta los cimientos que construyen esa salud, con el objetivo de afianzarla sólidamente como valor capital de la sociedad a la que sirven. Por tanto, el nivel de salud de una sociedad está directamente relacionado con su nivel de cohesión: cuanto mayor sea el capital social de una comunidad, cuanto más equitativas las políticas sociales que se impulsen en ella, mejor será la salud individual y colectiva de la población y menores las situaciones de vulnerabilidad y desprotección.**”* (pág. 5).

Este hecho se refuerza en el documento referente al Acuerdo de Gestión y Resultados Contrato Programa (AGR-CP)<sup>28</sup> de la Consejería de Salud con el Servicio Andaluz de Salud

<sup>28</sup> Acuerdo de Gestión y Resultados. Contrato Programa: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/sobre-junta/planes/>

y con las agencias públicas empresariales y entidades de derecho público adscritas, establecido para el período 2016-17, donde se recoge que ***“Prestamos los servicios de salud de una forma igualitaria, con independencia del lugar geográfico, del género, nivel de renta, edad o cualquier otra dimensión. De igual modo atendemos y promovemos la salud de toda la población. Entendemos la atención a la salud desde igual acceso a la atención disponible para igual necesidad; igual utilización para igual necesidad; e igual calidad para todos”*** (Pág.8).

Reforzando esto, el III PIPIA plantea tres ejes transversales para la política de inmigración en Andalucía: el género, la edad y el territorio. Además, la estrategia de intervención del III PIPIA es la Gestión de la Diversidad, considerando múltiples factores de diversidad (i.e. cultura, género, edad). No obstante, es de señalar que si bien el Plan introduce la variable “nacionalidad” en el seguimiento y evaluación de las intervenciones no considera otros factores de diversidad cultural.

El III PIPIA establece como propósito *“promover la plena integración social, económica, laboral y cultural de las personas inmigrantes en Andalucía”*. Para conseguirlo se propone, desde una perspectiva global e intersectorial, mejorar la accesibilidad de la población inmigrante a los recursos, así como la atención y la prevención. Igualmente, propone fomentar la cooperación entre la Administración y las organizaciones locales promoviendo la acogida, inclusión y participación de las personas inmigrantes en los procesos de atención socio-sanitaria.

A su vez, en el III PISMA también se reconoce la interseccionalidad como un elemento a tener en cuenta para valorar los factores de riesgo: Todas estas condiciones (laborales, económicas, de género...) se presentan simultáneamente e incluso de forma interrelacionada, multiplicando el riesgo de padecer un trastorno mental. Se pone especial atención a los determinantes sociales de la salud, como la pobreza, bajos niveles educativos, fragmentación social, privación y desempleo. También se reconoce el estrés como un importante factor de riesgo para sufrir trastornos mentales, así como el grado de salud física.

Igualmente, se reconoce el estigma creado en relación a los problemas de salud mental, que se evidencia en *“acciones legislativas, las políticas, las estratégicas y programáticas, lo que supone la vulneración de derechos en diversas esferas de la vida de las personas”* (pág. 44). Se indica, además, que esta discriminación tiene mayor incidencia en las poblaciones afectadas por la desigualdad social, las cuales se enfrentan a un proceso de doble estigmatización—dentro de las cuales podríamos incluir a las mujeres migrantes, aunque no se hace mención explícita de este colectivo.

En este sentido, el III PISMA señala que esto debe ser abordado desde un enfoque de reducción de desigualdades y de protección de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales básicos. Así, las políticas deben ser articuladas en

planes integrales que garanticen la equidad, calidad y eficiencia, la acción intersectorial, mejorando la gobernanza y complementariedad y asegurando la participación de profesionales, personas usuarias y familiares (pág. 7). De hecho, incorpora la equidad como uno de los principios que deben guiar la atención sociosanitaria para la prevención, promoción y recuperación de los problemas de salud mental. Concretamente, incorpora la equidad en seis de sus objetivos/metas (Tabla 4).

Objetivo 3.3. **Avanzar en la definición de una cartera de servicios para la atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia en el SSPA, tanto en el ámbito de la AP como hospitalaria, teniendo como premisa fundamental garantizar la accesibilidad, la equidad y la calidad.**

Objetivo 3.4. *Mejorar la atención a la infancia y la adolescencia en los servicios de salud mental, desplazando a las USMC el eje de la atención especializada a*

Objetivo 8.1. *Optimizar la organización territorial de las UGC de SM para garantizar un acceso equitativo y una gestión adecuada de sus fines asistenciales.*

Objetivo 8.2. *Priorizar áreas de mejora y centrarse en acciones que produzcan resultados en salud, e incluso valorar la adscripción de los recursos existentes, siempre buscando la mejora de la calidad y el cumplimiento de los criterios de equidad, accesibilidad y continuidad asistencial.*

Meta 8.2. *Incremento de los recursos humanos en el conjunto de los servicios de SM del SSPA, dependiendo de la disponibilidad presupuestaria de cada ejercicio. Con dicho incremento se garantizará una atención de calidad a la salud mental de la población, en todas las franjas etarias, en base a criterios de equidad y efectividad y a los principios establecidos en este Plan*

Meta 8.11. *Adecuación de la distribución territorial de FAISEM a la de los servicios de salud mental, que favorezca la equidad en el acceso y la cooperación con los servicios públicos de salud mental y del SAAD.*

Tabla 4: Objetivos/metasp del III PISMA relacionados con la equidad.

## Resultados del análisis de las entrevistas

Las/os profesionales vinculadas al sistema sanitario mencionan aspectos asociados a la interseccionalidad y a los determinantes de salud, ejemplificándolo con las realidades que viven y las necesidades que detectan en la población migrante que atienden. En concreto, mencionan la discriminación asociada a ser mujer negra como elemento diferenciador de otras poblaciones, además de seguir reafirmando aspectos básicos que son comunes a las desigualdades de todas las mujeres, como son el empleo y la vivienda.

Desde estas experiencias, hacen una reflexión crítica sobre en qué medida el sistema sanitario es capaz de detectar las necesidades de estas mujeres migrantes y si **tiene la capacidad suficiente para dar una respuesta eficaz**. También se critica la diferencia que existe entre las políticas “sobre papel” y las prácticas reales de los/as

profesionales, que deben cumplir unos objetivos concretos pero desde una sensibilidad— respecto a la cultura y al género—particular a cada profesional. En la Tabla 5 se recogen algunas de las narrativas de estos/as profesionales.

PS1: *“...necesidades que a veces son muchas, no solamente la lengua, muchas veces la discriminación a lo mejor del tema del vestido, por supuesto la piel, pues son negras respecto a la piel caucásica”*

PS2: *“porque a nivel teórico hay muchas iniciativas que se han desarrollado pero que en lo práctico, pues no están teniendo éxito, y después, (...), integrar las necesidades de las mujeres, que sean ellas las que den voz a lo que necesitan, más que nosotros como **profesionales identifiquemos cuáles son sus necesidades**”*

PS3: *“nosotros tenemos, la empresa tiene unos objetivos, entonces intenta que los trabajadores vayamos atrás de esos objetivos, pero eso ni si quiera entra en los objetivos, entonces lo que no entra no existe. Existe si tú lo quieres ver, si tienes una especial sensibilidad a ello, si no, no.”*

PS4: *“a **partir de ahí, podemos hablar de problemas específicos para mujeres africanas, parlas mujeres mayores, para las mujeres dependientes, es decir, sea blanca, sea negra, sea africana, sea europea, (...)** creo lo que yo pediría es que los colectivos de mujeres en los distintos lugares donde estemos nos uniéramos para ser interlocutores de las mayores necesidades comunes que tenemos con los sistemas sanitarios, que nunca nos ha visto con perspectiva de género”*

PS5: *“porque las he visto en situación que tenía era de encontrarme a mujeres que pueden llevar aquí 16 años, y su situación vital era la misma que cuando llegaron. Es decir, me planteo que a nivel estructural tiene que haber algo que no les permite avanzar en nada. Es decir, mujeres que tienen a sus maridos vendiendo pañuelos en los semáforos en toda Sevilla, que lo que perciben al mes oscila en función de lo que haya vendido, 150 o 300 euros, nunca tiene un sueldo constante. Ellas intentan buscar trabajado, pero no todas lo consiguen, o tienen que estar con los niños.”*

PS6: *“Pero estos cursos de formación clínica no tienen esta perspectiva de género y por supuesto, nada relacionado con una perspectiva de género que no sea la de la mujer blanca. Porque también sabemos que no opinamos lo mismo.”*

Tabla 5: Evidencias relatadas por los/as profesionales sanitarios.

Las profesionales de ONGs visualizan la interseccionalidad y los determinantes sociales principalmente en lo que respecta a la vulnerabilidad que sufren algunos colectivos, como el de mujeres procedentes del África Negra. Ponen el énfasis en los ítems asociados a la equidad cultural y de género y la interseccionalidad es mencionada través de la condición social de las personas, más que por sus características culturales. En especial, apuntan al trato y la discriminación en los servicios, reflexionando sobre las implicaciones de lo que es ser mujer, mujer negra africana, y mujer negra y joven.

Igualmente, destacan especialmente la necesidad de incorporar las colaboraciones intersectorial como acciones clave en la atención de la salud de las mujeres migrantes. En general, coinciden en la mención de la importancia de contar con una situación

administrativa regularizada, así como los beneficios que se otorgan a nivel legal a ciertos colectivos frente a otros (i. e. personas refugiadas). También ponen de manifiesto la relevancia para las mujeres migrantes de acceder a ámbitos laborales y educativos, no solo para su integración social, sino también para su salud mental. En la Tabla 6 se muestran algunas de las narrativas recogidas.

ONG1 *"En principio, necesidades generales de acompañamiento en todos los recursos, como el acceso a la comunidad, el conocimiento de todos los servicios que ofrece la comunidad, en lo sanitario, educativo, administrativo. Es una necesidad de acompañamiento."*

ONG2 *"Son muchas necesidades. Necesidades básicas, lo primero. Vienen de una trayectoria muy difícil, necesidades básicas de alimentación. De seguridad porque se vienen de situaciones de máxima violencia, de tener un espacio donde poder residir de forma segura, después de sus necesidades lingüísticas, aprendizaje del idioma, además no es solo aprender el idioma, si nunca han estado alfabetizadas entonces es empezar desde un nivel más bajo."*

ONG3 *"El tema laboral, obviamente es súper importante, pero para ellas es súper importante el tema formativo. Nosotros trabajamos con un colectivo de chicas jóvenes que, aunque necesiten trabajar, se dan cuenta que necesitan formarse, que necesitan estudiar. Lo cual a veces es difícil de combinar con los trabajos, con sus necesidades de independencia, de tener economía para ayudar a la familia de origen."*

ONG4 *"Su principal temor es no perder su situación regular en la que están, y el trabajo. El trabajo, sobre todo a nivel económico, no mirando por ellas, sino que todo lo que tienen detrás, de aportar dinero a su familia, de demostrar que todo ha salido bien, de demostrarse a sí mismas que todo ha salido bien"*

ONG5 *"yo tuve una usuaria, ahora que me acuerdo, que había sido víctima de mutilación genital femenina en su infancia (...) Entonces, fuimos al médico y solicitamos la posibilidad de que fuera la ginecóloga fuera mujer, y por supuesto acá llueven sacos rotos, fue un hombre, que menos mal tuvimos suerte de que tuviera un poco de tacto, pero claro, para empezar, ella estaba muy nerviosa, la tuve que acompañar y así se le hizo un poco de ayuda. Pero a este tipo de cosas me refiero, para nada como africana, ni como mujer".*

ONG6 *"los centros educativos están dando talleres también, diferentes organizaciones están trabajando en eso, entonces ahí sí estoy totalmente de acuerdo que hay colaboraciones."*

Tabla 6: Evidencias relacionadas por los/as profesionales provenientes de ONGs.

## (E1.2) SENSIBILIDAD CULTURAL Y ABORDAJE DE LA DIVERSIDAD

### Resultados del análisis documental

El IV PAS incluye un sub-apartado relativo a Inmigración, donde hace una declaración de intenciones, desde la cual se afirma: *"La inmigración, en términos de salud pública no está suponiendo un gran impacto ni en la sostenibilidad del sistema sanitario ni en la recomposición del mapa epidemiológico en España y Andalucía. De momento su impacto ha sido más político que sanitario"*. Citando algunos estudios, se afirma que las personas migrantes tienen una mejor salud que la población autóctona, debido

principalmente a su juventud. Sin embargo, se reconoce también que se espera que esto deje de ser así y que la salud de las personas migrantes sea peor que la de la población autóctona a medio-largo plazo, debido a la mayor precariedad de sus condiciones de vida en nuestro país y la falta de equidad en el acceso y utilización de los servicios. Algunos estudios realizados con migrantes económicos procedentes de países en desarrollo ya han demostrado este hecho<sup>29</sup>. Asimismo, estos estudios señalan a las mujeres migrantes como un colectivo en riesgo por estar expuestas a peores condiciones socioeconómicas que las personas autóctonas y que los hombres migrantes<sup>30</sup>.

Como forma de prevención de esta situación, **el IV PAS afirma el potencial que tienen** los sistemas sanitarios para el bienestar y la integración de las personas migrantes:

*“son uno de los principales nexos de unión entre las poblaciones migrantes y las nuevas sociedades de acogida. De ahí que el sistema sanitario puede ser un dispositivo de integración social que contribuya a reducir las desigualdades sociales en salud mediante la garantía de accesos y la prestación de una atención sanitaria de calidad a las poblaciones inmigrantes”. En esta dirección, se proponen algunas acciones que deberían ser clave en relación al abordaje de la salud de la población migrante, como “la eliminación de barreras para la consecución de una equidad de acceso real al uso de los servicios de salud; políticas de Salud Pública tendentes a mejorar sus condiciones de vida y de trabajo, determinantes principales de su salud futura así como la adecuada provisión de servicios de Atención Primaria”.*

El IV PAS presenta la equidad en el acceso a los servicios como una de las acciones necesarias para eliminar las barreras y desigualdades que encuentran las personas migrantes en uso y disfrute de los servicios. Sin embargo, esto se traduce en medidas poco concretas dentro del plan.

Por su parte, en la misión/valores del III PIPIA se explicita el reconocimiento de la diversidad cultural como un elemento clave: *“subraya la necesaria continuidad con las líneas de intervención de los planes anteriores, mejorando la capacidad para gestionar la diversidad y la complejidad de los procesos asistenciales socio-sanitarios y **privilegiando el enfoque territorial, intersectorial y participado, definido por los espacios locales de coordinación.**”* Se incluye, además, como objetivo específico (3.2): *“Incorporar la gestión de la diversidad en la atención socio-sanitaria de las personas extranjeras y sus familias”, y como medida (3.2.1): “La inclusión de la perspectiva multicultural en los diferentes planes, procesos y programas de salud”.*

<sup>29</sup> Gotsens, M., Malmusi, D., Villarroel, N., Vives-Cases, C., Garcia-Subirats, I., Hernando, C., & Borrell, C. (2015). Health inequality between immigrants and natives in Spain: the loss of the healthy immigrant effect in times of economic crisis. *The European Journal of Public Health*, 25(6), 923-929.

<sup>30</sup> Malmusi, D., & Ortiz-Barreda, G. (2014). Desigualdades sociales en salud en poblaciones inmigradas en España: revisión de la literatura. *Revista Española de Salud Pública*, 88, 687-701. Disponible en: [https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135-57272014000600003&script=sci\\_abstract](https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135-57272014000600003&script=sci_abstract)

La estrategia de intervención del III PIPIA es la Gestión de la Diversidad, considerando múltiples factores de diversidad como la cultura, el género, la edad, etc. Al tener en cuenta diversos elementos y condiciones sociales que condicionan la complejidad de la realidad de las personas migrantes, podríamos considerar que el III PIPIA supone una primera aproximación a un enfoque interseccional de la salud de las personas migrantes en Andalucía.

El proceso migratorio se describe desde una óptica positiva, como un factor intrínseco y estructural de las sociedades modernas que contribuye y fortalece a su desarrollo cultural y económico. El reconocimiento y la promoción de la interrelación entre las diversas identidades culturales se contemplan, por tanto, como una responsabilidad para la elaboración de las políticas públicas.

Por su parte, el III PISMA presenta una descripción de la evolución de la población extranjera no regulariza en el periodo 2007-2012 en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Los datos reflejan un descenso del 83% de la población influenciado, posiblemente, por la crisis económica. En el año 2013 la población migrante no regularizada llega a representar el 0,3% de las personas registradas en el sistema sanitario andaluz. Entre los factores explicativos que ofrece el plan se menciona la posibilidad de *que las nuevas personas que llegan en situación irregular no hayan contactado con los servicios sanitarios por temor a empeorar su situación.*

El III PISMA reconoce la interrelación de diversos factores de riesgo y vulnerabilidad con el estado de salud mental de la población migrante, que puede estar comprometida por los constantes *esfuerzos de adaptación social, la pérdida de vínculos personales, culturales y sociales, y la pérdida de apoyo social necesario para su recuperación* (pág. 97).

Del mismo modo que el IV PAS, el III PISMA hace referencia al impacto que ejerce la precariedad económica y el contexto residencial en la salud mental de las personas migrantes. Dentro de las personas desplazadas por motivos económicos, destaca la vulnerabilidad de la mujer migrante a presentar problemas de salud mental:

*“Las personas nacidas en países de renta baja tienen un mayor riesgo de problemas de salud mental que las personas nacidas en España, destacando la mala salud mental de las mujeres procedentes de América Latina. En general, el riesgo de mala salud mental es menor en hombres que en mujeres (pág.47).”*

El III Plan propone la mejora de *la accesibilidad y la adecuación de las prestaciones a las necesidades de las personas adultas con problemas de salud mental en situación de riesgo o desventaja social*. A pesar de ello, la diversidad cultural se muestra como un **elemento tangencial en los objetivos específicos y medidas** del plan, precisando una mayor profundización y ajuste en las acciones para facilitar el acceso y la atención a los servicios de salud mental para la población migrante.

### Resultados del análisis de las entrevistas

Las/os profesionales vinculadas al sistema Sanitario mostraron discrepancias en torno a la valoración de la sensibilidad cultural de sistema. Por una parte, algunas mencionan que se contempla tanto de forma escrita como práctica esta sensibilidad. Por otra parte, otras personas indican que esta no se encuentra presente bajo ninguna forma. También existen apreciaciones intermedias, que indican que aunque pueda estar forma escrita en los planes, en la práctica existe una gran brecha de aplicación. Se mencionan ejemplos como el teléfono de servicio de teletraducción para evidenciar la implementación práctica, así como evidencias de que no existen adaptaciones, por ejemplo en la dieta de acuerdo con la cultura. Asimismo, se menciona que las guías clínicas tampoco consideran de forma escrita estos elementos. Se pueden ver algunas narrativas en la Tabla 7.

PS1: *“Entonces entre los objetivos que se plantean, tanto en las normas sanitarias y en todas las políticas migratorias y eso, recoge esta diversidad cultural como algo que se reconoce y que enriquece, evidentemente, a la sociedad andaluza.”*

PS2: *“No, que no se hace, es una recogida en función de las diferentes situaciones culturales que se puedan dar, por ejemplo, pues la atención al paciente diabético si nos adentramos en la guía de práctica clínica de atención al proceso asistencial integrado de paciente con diabetes, no se tiene en cuenta la alimentación, si procede de África negra o si procede de América latina o si procede de otro, no sé, o si es musulmán, o sea se hace una generalidad y punto, y en base a lo que es la alimentación y la cultura española.”*

PS3: *Sí, por ejemplo una cosa o un instrumento que tenemos es el teléfono de traducción para si alguien viene que no hable español yo necesito quedarme tranquila de que me ha entendido, de que sabe cómo tiene que tomar la medicación, o saber por qué le estoy pidiendo las pruebas, a mí me gusta que se vayan bien sabiendo lo que tiene que hacer, que el problema no sea el idioma, y uno de los instrumentos es el teléfono traductor.*

PS4: *A nivel nacional no creo que haya habido, en el sistema sanitario gran interés. En las comunidades autónomas sí que, por presión, o bien por intencionalidad política porque, la política muchas veces se mueve no solo por la presión de los ciudadanos, mi particular visión, si no muchas veces los propios profesionales, que están dentro que tienen un determinado componente e ideología política, y al libro de que un gobierno sea más sensible, introducen, que esto es muy importante mucho de esto no se tiene en cuenta,*

PS5: **“Sí. Está registrado, firmado y como convenio de estos dos tipos, eso.”**

PS6: *“Es de etnocentrismo, etnicultura, no. Mira, además te lo digo sinceramente, ejemplos claros, ¿has visto alguna vez en un hospital solicitar algún tipo de dieta diferente a la nuestra? ¿una dieta adaptada culturalmente? Una persona asiática con una dieta, una persona con restricciones de algún tipo de comida, como por ejemplo el cerdo. O sea, tienen que ser cuestiones que le digas a la enfermera o a la auxiliar “oye mira, es que yo...” y te tengan en cuenta a nivel particular. Pero, protocolos tenerlos en cuenta, reconocer que hay diversidad cultural, no.”*

Tabla 7: Evidencias relatadas por los/as profesionales sanitarios.

Las profesionales de ONGs señalan mayormente que desconocen si este ámbito estará planteado en términos formales o en las normas escritas, suponiendo que sí. Sin embargo, al plantear la situación práctica, refieren una baja sensibilidad cultural en la práctica de la atención sanitaria. De existir, indican que se debe la casuística "del profesional de turno". En muchas ocasiones, comparan esta baja sensibilidad cultural con una notable sensibilidad al género, indicando que las mujeres africanas son vistas más como inmigrantes que como mujeres, según la atención que reciben. La Tabla 8 muestra algunas de las narrativas de las profesionales.

ONG1 "No lo sé."

ONG2 "Tampoco sabría contestar, aunque yo creo que no."

ONG3 "Aquí creo que estamos en la práctica un poquito más atrasadas. Incluso, con el tema del género estamos como un poco más concienciados, pero con el tema de la diversidad cultural,"

ONG4 "Lo desconozco. Que tienen que tenerlo, sí, que te pueda asegurar que lo tengan, pues no lo sé. Que lo pongan en práctica, algunos sí, otros no. Es que depende también de la persona que te está atendiendo"

ONG5 "Supongo que la misión y los valores se recogerá, pero explícitamente no sé hasta qué punto será así" "(...) por ejemplo, estaba hablando con una compañera y sobre todo en el tema de la estación del embarazo, del parto, es que nosotros aquí en Europa no es para nada igual a como se vive un proceso que se vive en África. Entonces, a las mujeres en ningún momento se les explica, se les pregunta las creencias que tienen mis compañeras o que he tenido yo, cómo es para ella, cómo la podemos ayudar, cómo se puede sentir más cómoda."

ONG6 "no creo que realmente se esté tomando en cuenta o por lo menos en el nivel que debe de tomarse en cuenta. Especialmente en Andalucía que somos una región diversa, basta un poco por defender tirar de la tierra, o sea históricamente somos una región diversa que ha vivido muchas etapas y creo que debería ser un valor añadido culturalmente, o sea, España es un país grande, pero hay mucha diversidad dentro de las propias regiones de las comunidades autónomas (...)"

Tabla 8: Evidencias relatadas por los/as profesionales provenientes de ONGs.

### (E1.2) IGUALDAD/EQUIDAD DE GÉNERO

#### Resultados del análisis documental

El IV PAS hace referencia al término equidad de género, el cual incluye como una de las propiedades de diseño y de evaluación del plan: "La evaluación que se propone es coherente con el modelo de formulación del Plan, vertebrándose en los mismos cinco principios principales que han guiado su diseño: Salud en Todas las Políticas (I); Participación ciudadana (II); Acción Local (III); Evaluación del Impacto en Salud (IV); y equidad de género (V)" (pág. 94).

En esta dirección, entre los principios rectores del III PIPIA se declara lo siguiente: *“Andalucía con sus políticas activas en materia de igualdad diseña actuaciones para combatir a corto, medio y largo plazo las causas históricas y estructurales que impidan y obstaculicen la igualdad real y efectiva de las mujeres y niñas inmigrantes.”* (Pág.67). Para ello, se procurará:

*“Que toda la población, hombres y mujeres, disfruten de unas condiciones de bienestar similares, empezando por un acceso efectivo a los derechos compartidos por todos los ciudadanos y ciudadanas, pero también por el efectivo cumplimiento de las obligaciones que esos derechos llevan aparejadas. Remover los obstáculos para que esa igualdad sea real y efectiva no es sólo un deber de carácter ético, sino un mandato constitucional y estatutario.”* (Pág.86).

La perspectiva de género es contemplada en el III PIPIA como un elemento necesario en todas las acciones y políticas públicas para la población migrante. Así, se describe la interrelación entre diferentes factores de riesgos y vulnerabilidad que enfrentan las mujeres inmigrantes en Andalucía:

*“Las mujeres migrantes son un conjunto poco visible, invisibilidad derivada en numerosas ocasiones, además de por la propia condición de mujer, por las posibles situaciones de irregularidad, o por su dedicación a trabajos de fácil ocultación y de máxima reserva por ser actividades económicas fuertemente desregladas y relacionadas con el ámbito privado”* (pág. 76).

El III PIPIA, además, reconoce una sensibilidad y transversalidad de género, no solo en sus objetivos, sino también en su metodología:

*“La metodología ya utilizada desde el II Plan y presente en este III Plan, ha sido valorar **cada objetivo específico, cada medida, cada indicador, contemplando la situación de las mujeres migrantes.** Se pretende que la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, sean del origen que sean, se convierta en una realidad, enriquecida con la diversidad cultural, y que a través de la estrategia de la transversalidad de género, logremos entre todos y todas una igualdad efectiva entre mujeres y hombres, sean del origen que sean”* (Pág. 79).

De esta forma, se incide en la visibilización y el reconocimiento de la mujer como garante de derecho al acceso a los servicios en condiciones de igualdad de oportunidades y trato, como algo ineludible para los poderes públicos—reflejado, por tanto, en sus políticas y planes. Concretamente, dentro de la atención socio-sanitaria, se recoge la perspectiva de género como un eje vertebrador: *“Avanzar en un modelo de atención integral con perspectiva familiar y de género”*. No obstante, esto no se refleja suficientemente en medidas concretas para facilitar la equidad de género y la accesibilidad de las mujeres migrantes a los servicios socio-sanitarios.

En cuanto al III PISMA, debido a la importancia que reconoce tener el género en los resultados de salud mental, no solo presenta los datos diferenciando entre hombres y mujeres, sino que también interpreta estas diferencias desde una perspectiva de género, indicando que:

***“Las diferencias socioeconómicas entre sexos influyen especialmente en la salud mental de las mujeres, así como la desigualdad producida por la distribución “clásica” de tareas, con la asignación a la mujer de la función de atender el cuidado del hogar y de la familia. A estas desigualdades hay que añadirle la mayor prevalencia de problemas de salud mental en mujeres que han sufrido violencia machista”*** (pág.25).

La desigualdad de género se reconoce como un determinante psicosocial de la salud mental de las mujeres. Para responder a este desafío, el III PISMA incorpora como estrategia de activos en salud en la promoción de la salud mental a través del fomento de los recursos personales (creencias igualitarias de género), grupales (parejas igualitarias) y comunitarios (condiciones de igualdad). El plan recalca la importancia de mejorar las estrategias de salud y de atención de las personas cuidadoras para potenciar una distribución más equitativa, desde la perspectiva de género.

La perspectiva de género se presenta como un elemento transversal a los objetivos, las acciones y los resultados de todas las etapas de intervención socio-sanitarias recogidas en las cinco líneas estratégicas del plan. De este modo, se recalca el papel de las instituciones socio-sanitarias y sus profesionales de cumplir con su deber de respetar, proteger y hacer cumplir los derechos incorporando, asimismo, la perspectiva de género para evitar sesgos sexistas y desigualdades por razón de género (pág. 44).

A pesar de las medidas desarrolladas, no se reconoce un enfoque interseccional que, además del género, considere la diversidad cultural y los factores psicosociales propios de las mujeres migrantes, dificultando que los servicios socio-sanitarios se alineen con los principios de equidad, universalidad y accesibilidad del III PISMA.

Finalmente, es de destacar que el III PISMA reconoce la violencia contra las mujeres como un importante problema de salud pública, lo cual supone un avance frente a otras políticas que han abordado este tema a nivel autonómico y estatal. Se presentan cifras sobre el impacto del maltrato en el bienestar de las mujeres víctimas de violencia de género: *“El 25,3% de las mujeres maltratadas presenta riesgo leve, moderado o alto de suicidio, frente al 6,4% de las que no han sido maltratadas. Asimismo, el 51,4% de las mujeres maltratadas cumple criterios para cualquier trastorno mental, frente al 17,9% de las que no han sido maltratadas”* (pág.51).

### Resultados del análisis de las entrevistas

Las/os profesionales vinculadas al ámbito sanitario señalan en su totalidad que la equidad de género se contempla como un elemento que debe guiar la acción en el sistema sanitario. Lo presentan como un eje transversal en las políticas, aunque muchas profesionales manifiestan dudas en torno a su ejecución real en la práctica, pues lo vinculan a valores personales. Igualmente, también expresan su miedo a que los cambios políticos deshagan el trabajo avanzando en esta cuestión, derivada de una menor inversión y apuesta por la equidad de género. Ver en la Tabla 9 algunas de las narrativas.

PS1: *"Sí. En ese sentido sí, hay una perspectiva de género, que te digo, enfocada al género, valga de redundancia, que el sistema sanitario recoge muy explícitamente en el plan integral que tenemos en Andalucía, está clarísimo."*

PS2: *"Sí, (...) cada vez más, pero es cierto que no todo el mundo contempla esa mirada a la hora de guiar su acción."*

PS3: *"Sí. Viene escrito como tal (...) Nos hacen por ejemplo formación, nos hacen cursos, por ejemplo, los cursos son uno con hombres y otros con mujeres, algunos juntos, pero otros no, hacemos cosas distintas. (...) Hasta la investigación se mete el aspecto de género."*

PS4: *"Porque hay muchos documentos que a través de la ley marco normativo que la ley orgánica de igualdad efectiva es del 2007, donde se habla la perspectiva de género en términos generales, tiene que impregnar a todas las políticas públicas, y efectivamente **hay una determinado apartado específicamente en sanidad, donde se dice que todas las políticas desde la investigación hasta la asistencia sanitaria tiene que tener impregnada las perspectivas de género (...)**"*

PS5: *"Sí, sí, totalmente. Porque aquí el tema de género ha sido, hay cosas que son de pronto boom (...) Ha aparecido un boom mucho más claro en base al todo el tema de muertes, de cosas que están pasando todos los días, entonces ahí se está trabajando cada vez más, aunque insisto que sigue habiendo modelos de personas pensantes que se creen que tienen el huevo, eso ya son problemas a otro nivel. Aquí sí se tienen en cuenta, está registrado como tal y cada vez se trabaja más en el tema."*

PS6: *"Sí, te diría que sí, porque la perspectiva de género, el sistema de salud, la consejería de Andalucía, todo esto está trabajando mucho a favor de esto, pero también entiendo que estas son políticas que van y vienen. Yo no sé, con los vaivenes políticos que tenemos ahora mismo, ahora los partidos están más a favor, otros menos, yo no sé hasta qué punto esta perspectiva de género se materializa en la realidad."*

Tabla 9: Evidencias relatadas por los/as profesionales sanitarios.

**Las profesionales que desempeñan en ONGs refieren desconocer lo que está estipulado** de forma escrita en los planes y políticas sanitarias, sin embargo suponen debe estar considerado, señalando que en la práctica se realizan acciones concretas con relación a la perspectiva de género. Sin embargo, **algunas de ellas refieren malas prácticas** ejercidas por algunos o algunas profesionales, así como la necesidad de reforzar la perspectiva en la estructura o cultura organizacional del sistema sanitario. Por ejemplo, indican que sería muy positivo ofrecer ludotecas u horarios más compatibles con los horarios de trabajo de las mujeres migrantes o la conciliación familiar. La Tabla 10 presenta las principales narrativas sobre estas cuestiones.

ONG1: "Yo no sé"

ONG2: "Tampoco sabría contestar. No lo tengo claro"

ONG3: "Sí, que después en la realidad se haga o se hagan malas prácticas, no quita que en general es una práctica que deben guiarla."

ONG4: "Es que yo supongo que sí lo tienen que tener, pero igual lo tiene que tener cualquier entidad pública o privada. No lo sé, sinceramente, yo supongo que lo tienen que tener."

ONG5: "Creo que, sí se puede reconocer, lo que no creo es que esté explícitamente recogido. (...) pero si tuvieran la equidad como objetivo en la práctica me imagino que habría también el tema de horarios que permitieran la conciliación, las ludotecas, que hay otra pregunta que está muy relacionada."

ONG6: "A lo mejor de forma teórica esta registrado, pero como a nivel practico, yo pondría que estoy parcialmente de acuerdo"

Tabla 10: Evidencias relatadas por los/as profesionales provenientes de ONGs.

## (E2) EQUIDAD EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS

### (E2.1) TITULARIDAD DEL DERECHO AL ACCESO A LOS SERVICIOS Y PROCEDIMIENTOS BUROCRÁTICOS-ADMINISTRATIVOS

#### Resultados del análisis documental

La Ley 2/1998, de 15 de junio, de salud de Andalucía, en su artículo 3, contempla que tienen derecho a las prestaciones y servicios de salud, tanto individual como colectivamente:

*"Los españoles y los extranjeros residentes en cualquiera de los municipios de Andalucía. / Los españoles y extranjeros no residentes en Andalucía que tengan*

*establecida su residencia en el territorio nacional, con el alcance determinado por la legislación vigente. / Los nacionales de Estados miembros de la Unión Europea tienen los derechos que resulten de la aplicación del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios, que se suscriban por el Estado Español y les sean de aplicación. / Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea tienen los derechos que les reconozcan las Leyes, los Tratados y Convenios, suscritos por el Estado Español. / Igualmente se garantiza a todas las personas en Andalucía las prestaciones vitales de emergencias”.*

Siguiendo esta ley, en Andalucía, las personas extranjeras empadronadas tienen derecho a las prestaciones sanitarias en las mismas condiciones que las autóctonas y aquellas no empadronadas pueden acceder a servicios de urgencia. Asimismo, el Informe de Desarrollo del IV PAS elaborado para el período 2014-16, se especifica que existe “acceso a la cartera de servicios del SSPA independientemente de la situación de regularidad de la persona migrada a través de la tarjeta sanitaria de Reconocimiento Temporal del Derecho a la Asistencia Sanitaria en Andalucía” (pág. 84).

No obstante, ha habido cambios a nivel estatal en los últimos años que han afectado notablemente a la sanidad y que han afectado a ciertos colectivos como el de migrantes en situación irregular. Concretamente, la implementación del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y la seguridad de sus prestaciones. Este Decreto endureció el acceso al sistema público de salud en España, limitando el acceso a las personas aseguradas en el Sistema de Seguridad Social. Especialmente, esta medida afectó a aquellos colectivos más vulnerables, como, por ejemplo, el de personas migrantes en situación irregular. El Decreto limitaba su atención a (a) urgencia por enfermedad grave o accidente, (b) asistencia al embarazo, parto y puerperio, (c) asistencia a menores de dieciocho años<sup>31</sup>.

Posteriormente, tras el cambio político en el Gobierno de España, una de las primeras medidas aplicadas fue el Real Decreto Ley 7/2018, de 27 de Julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. Este volvía a recuperar uno de los principios básicos del sistema sanitario, desligando la asistencia sanitaria de la condición de asegurado, afirmando que:

*“... el derecho a la protección de la salud se reconoce de manera expresa como un derecho inherente a todo ser humano, sobre el que no cabe introducción de elemento discriminatorio alguno, ni en general ni en particular, en relación con la exigencia de regularidad en la situación administrativa de las personas extranjeras (...) La exclusión del colectivo de personas adultas no registradas ni autorizadas a*

---

<sup>31</sup> García-Ramírez, M., Lizana, T., & La Parra, D. (2017). Migrant Integration Policy Index (MIPEX) Health Strand. Country Report Spain. IOM MHD RO Brussels. Disponible en: <https://cespyd.es/en/publications/migrant-integration-policy-index-mipex-health-strand-country-report-spain/>

*residir en España del derecho de protección a la salud y a la atención sanitaria no ha sido acorde, por tanto, con los antecedentes normativos existentes en nuestro país ni con los diversos compromisos internacionales adquiridos.”*

Sin embargo, tras la reciente Resolución de 20 de junio de 2019, en la que se establece el procedimiento para la solicitud y expedición de los documentos que puedan permitir el acceso a la asistencia sanitaria por parte de las personas extranjeras que no tengan residencia legal, se vuelve a dar un paso atrás a nivel nacional en derechos, concretamente del colectivo migrante.

Es de señalar que la competencia sanitaria está transferida a cada una de las comunidades autónomas. Gracias a esto, el Real Decreto-ley 16/2012 no se aplicó en nuestra comunidad autónoma—principalmente, gracias a las movilizaciones ciudadanas, como Marea Blanca o la Plataforma Somos Migrantes—pero durante un tiempo se anunció dicha posibilidad.

Esto generó bastante confusión en los profesionales de los sistemas sanitarios, así como en la población, que temió por la pérdida de sus derechos y dificultó el acceso al sistema de los grupos que dejaban—supuestamente—de ser beneficiarios. A continuación, se detallan las reflexiones y comentarios de los/as profesionales entrevistados al respecto.

No obstante, en Andalucía, tras el cambio político en el gobierno autonómico, cada vez hay más amenazas a los principios básicos del Sistema Andaluz de Salud. Por ejemplo, se debe resaltar la incorporación de los Convenios especiales para la prestación de asistencia sanitaria, por el que el Sistema Andaluz de Salud, a modo de seguro privado con un copago de 60€ mensuales—o de 150€ para mayores de 65 años—ofrece cobertura sanitaria a ciertos colectivos. Tal y como indica en su web, *“este convenio se aplica especialmente a personas ciudadanas de la Unión Europea que han perdido el derecho a la cobertura sanitaria desde su país de origen, según lo establecido en la normativa europea vigente”*<sup>32</sup>. El movimiento ciudadano Marea Blanca ha denunciado ante el Defensor del Pueblo Andaluz que esta Resolución, de rango inferior al Decreto Ley de 2018, supone *“un abandono real de la “universalidad” proclamada y el paso a una asistencia “privatizada con copago” a las numerosas personas que esta Resolución dejaría excluidas del derecho a los servicios sanitarios públicos”*.

En esta dirección, también es de destacar el movimiento reciente, por el que más de 170 organizaciones denuncian el acuerdo suscrito entre el Partido Popular, Ciudadanos y VOX, por el que se comprometen a ceder los datos de las personas migrantes en situación irregular a la Policía y Guardia Civil. Este acuerdo se enmarca dentro del proyecto de

---

<sup>32</sup> Convenios especiales para la prestación de asistencia sanitaria. Junta de Andalucía. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/ciudadania/cobertura-sanitaria/convenios-especiales-para-la-prestacion-de-asistencia-sanitaria>

Ley del Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para 2020<sup>33</sup>, firmado el pasado junio. Las organizaciones han lanzado un comunicado por el que advierten a la Junta de Andalucía que emprenderán todas las vías administrativas y judiciales al alcance para frenar esta medida, ya que no solo sitúa a estas personas en una situación de máxima vulnerabilidad, pues **“permitiría su identificación, localización y posible expulsión del territorio español”**. También **“vulnera la Ley de Protección de Datos, el Reglamento de la UE de Protección de Datos, la Carta de Derechos Fundamentales de la UE y la Declaración Universal de los Derechos Humanos”**<sup>34</sup>.

### Resultados del análisis de las entrevistas

Como ponen de manifiesto las narrativas recogidas en la Tabla 11, las profesionales vinculados a los servicios sanitarios indican que se atiende a toda la población migrante, especialmente a las mujeres, independientemente de su situación y su estatus migratorio. No obstante, en cuanto a la titularidad del derecho para acceder al sistema no hay un consenso. Algunos/as profesionales refieren que el derecho es el mismo para todas las personas. Pero otros indican que no es así, dado que aunque a nivel internacional hay acuerdos y normas que defienden la asistencia sanitaria como un derecho fundamental, en los últimos años se han implementado normas y regulaciones que han limitado este derecho—tal y como se ha expuesto en el apartado anterior. En cualquier caso, la mayoría hizo referencia a la importancia de la orientación política del gobierno para el reconocimiento del este derecho hacia las personas migrantes, así como en la inversión en la sanidad pública. En este sentido, señalan la falta de recursos para atender adecuadamente a la población—migrante y autóctona.

Muchas de las participantes indicaron que el problema real para la población migrante, no es tanto la titularidad del derecho, sino las barreras burocráticas y procedimentales que tienen para disfrutarlo. Una de las barreras más nombradas fue la falta de información de los/as propias profesionales, especialmente “de ventanilla”, que canalizan la demanda. Ponen algunos ejemplos sobre esto vinculadas al RDL 16/2012, el cual nunca llegó a aplicarse oficialmente en Andalucía, pero eso no impidió que afectase negativamente tanto a usuarios/as—que tenían miedo de acceder al sistema—como a profesionales—que no tenían claro si se había aplicado el decreto y los procedimientos asociados.

También se pone especial hincapié en aquellas poblaciones “invisibles” a las que el

---

<sup>33</sup> Junta de Andalucía (23 de octubre 2019). El presupuesto de la Junta para 2020 supera el debate de totalidad en el Parlamento. Noticias Junta de Andalucía. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/presidencia/portavoz/economiayempleo/146936/JuanBravo/Presupuestos2020/Parlamento/DebateDeTotalidad>

<sup>34</sup> APDHA (25 octubre, 2019). Más de 170 organizaciones advierten a la Junta de Andalucía que emprenderán acciones legales si ceden los datos de personas migrantes en situación irregular. APDHA. Disponible en: <https://www.apdha.org/125-organizaciones-advienten-junta-andalucia-acciones-legales-si-ceden-datos-migrantes-en-situacion-irregular/>

sistema sanitario no llega, por ejemplo, la población inmigrante en el ámbito rural— muchas de ellas mujeres. En este sentido, también se expresa la preocupación sobre si bien la población en situación irregular accede al sistema. Indican que en muchos casos lo hacen porque profesionales de ONGs los/as acompañan, lo cual depende de que estén vinculados/as a una asociación y de la iniciativa de este profesional.

PS1: *“Pues yo te diría que sí, aunque ha habido pequeños matices a lo largo de la historia, **yo te hablo de un trayecto de 25 años de que también han influido las políticas migratorias** de los diversos gobiernos que hemos tenido en España, que han sido alternativos entre gobiernos progresistas, digámosle así, un poco de izquierda, y gobiernos conservadores de derecha. Han sido más restrictivos en los derechos y demás los conservadores que la gente de vanguardia y progresista, que abren más el campo a los servicios sociales y a las prestaciones sociales, sanitarias, etc. Pero yo, en líneas generales, podría decir, y en la actualidad, si hablamos de la actualidad, sí hay una equiparación con la población autóctona totalmente, en derecho y deber de las mujeres”*

PS2: *“teóricamente sí, es cierto, de hecho una mujer, independientemente de que esta situación regulada o no regulada en el país, acude a un centro sanitario y se le atiende. **No se le suele pedir, simplemente su identificación y ya está, pero yo no, yo nunca he observado que nadie se le niegue la asistencia por el hecho de encontrarse en una situación irregular.**”*

PS3: *“Políticamente sí, o sea sobre el papel sí, pero realmente no tienen los mismos accesos, si tú no hablas el mismo idioma ya es una barrera, si tú no tienes dinero para ir al médico es otra barrera, en realidad si pudieran tenerlo, pero realmente no lo tienen. (...)En la realidad sí, pero no porque nosotros tengamos hecho una política que a ellos les pongan una barrera, si no por las propias barreras que tiene la migración.”*

PS4: *“durante todo este tiempo ha habido distintos momentos donde ha habido un proceso administrativo muchas veces complejo, muchas veces no igualitario, aunque la ley dice que somos iguales frente a la ley en cualquier territorio, sí que en un momento determinado ha **aparecido normas, decretos de menor rango que la propia ley orgánica que ha dificultado** este proceso administrativo. Como por decir en este caso, lo más gordo que ha pasado en este tiempo es el decreto 16/2012 que limitaba volvía a limitar la situación a las personas que de alguna manera estaban cotizando”*

PS5: *“si es una situación regular, tiene absolutamente todos los derechos, en situación **irregular va a depender mucho de si viene con algún certificado de alguna ONG, un identificativo o con la tarjeta roja, que es la de refugiado, de protección internacional. De** todas maneras, siempre lo que está claro es que se va a atender a toda mujer que venga embarazada, haya o no haya documentación se va a atender siempre, cualquier tipo de urgencia, sea hombre o mujer, y por supuesto los niños, a los niños, por la ley del menor”*

PS6: *“Pero ese tipo de cosas siguen apareciendo. Nos hemos encontrado con personas que, al llegar al mostrador de un centro de salud, han encontrado muchas barreras administrativas “no es que a ti no te corresponde, no es que tú tienes que buscar ...” Y quizás, incluso, pertenecen a la Unión Europea. Pero, yo creo que hay un desconocimiento, en la práctica, a nivel administrativo, a lo no en mala intención, pero hay un desconocimiento por el cual pones muchas trabas a las personas que quieren o que necesitan una atención médica. Y por supuesto, aquí hablaría de inmigración en general, no de mujeres u hombres. Creo que es algo general. Y por supuesto la situación de irregularidad ya es brutal, porque si es verdad que a lo mejor tienen como derecho a la asistencia sanitaria, no hay nadie que vaya a buscar a estas personas.”*

Tabla 11: Evidencias relatadas por los/as profesionales sanitarios.

Las respuestas ofrecidas por las profesionales de ONGs fueron muy similares a las de los/as sanitarias, en relación a la reflexión sobre el derecho de las personas migrantes en el acceso a los servicios sanitarios y las dificultades para llevarlo a cabo—ver Tabla 12. Una de las cuestiones donde más pusieron el foco desde este ámbito fue las barreras administrativas y burocráticas, ya sea por todos los requisitos burocráticos que conllevan—muchas veces imposibles de cumplir por las personas migrantes—como por el idioma. Asimismo, también nombraron el desconocimiento de muchas personas migrantes sobre el sistema sanitario, los servicios disponibles y las formas de acceso. En este sentido, consideran su acompañamiento como un elemento clave para su acceso y la posibilidad de recibir una atención adaptada a sus necesidades.

ONG1: *“Lo que es la ley, la ley es igualitaria pero pasa que cada profesional tiene una administración porque tienen su sistema de valores, de creencias, y hay hombres, que, **dependiendo del tipo de documentación, pues puedes tener una dificultad.**”*

ONG2: *“En el acceso. Por ejemplo mujeres solicitantes de asilo, de África subsahariana y de otra nacionalidad, inicialmente por una cuestión de prejuicios raciales hay que trabajar más inicialmente para recordar este derecho que hemos dicho a los trabajadores de los servicios sanitarios con población subsahariana, porque simplemente por el color de piel deducen que es una persona en situación irregular y por tanto no tiene derecho a esto, a lo mejor sí que es un solicitante de asilo, como el caso que tenemos nosotros, entonces tiene ese derecho. Puede que haya más prejuicio por su color de piel.”*

ONG3: *“Se supone que tienen el mismo derecho. Además, aquí en Andalucía, con la nueva legislación que tenemos actualmente, se supone que deberían tenerlo. La cuestión es que **realmente en la práctica nos encontramos dificultades en algunos casos para acceder con respecto a la documentación. O sea, las que no tienen documentación de ningún tipo, a veces nos ponen dificultades para acceder (...)** Está pensado para una población estándar. En general, es verdad que hay prácticas concretas, por ejemplo, en nuestro centro de salud estamos organizando reuniones con las entidades del barrio para intentar adaptar un poco los protocolos de atención a estos colectivos. Pero, por lo general, los protocolos que hay están adaptados para población estándar.”*

ONG4: *“Derecho y titularidad... yo en un principio creo que sí, porque incluso cuando hemos trabajado con personas en situación irregular han podido sacar su tarjeta... no su tarjeta, **pero el certificado que te dan para que te puedas asistir. Ya tanto a nivel de médico cabecera, como especialista, análisis, pruebas específicas si se solicitan, y todo lo demás.**”*

ONG5: *“En situación irregular no sé bien qué cubre, sé que hay una asistencia básica, por así decirlo, pero creo que no tienen acceso a los mismos recursos que las personas que están en situación regular. Luego, sé que tanto en mujeres africanas y mujeres migrantes, con respecto a nacionales, tienen los mismos derechos en cuanto a titularidad y derechos.”*  
*“creo que, desde los servicios de traducción, por ejemplo, el lenguaje cuando no es compartido es que, para acceder, simplemente cuando llega el momento de acceder al sistema sanitario, a no ser que tengas una organización o una entidad de referencia, las mujeres no saben cómo acceder.”*

ONG6: *“En este caso, en la teoría es una cosa desde mi punto de vista y la práctica es otra, en teoría deberían de tener los mismos derechos, entonces ahí podría estar de acuerdo, pero, creo que en la práctica quizás no se tiene en cuenta esa visión, entonces, aunque tienen derechos, quizás están limitados (...) pero sí creo que en realidad se trata de forma diferente por el hecho de que, bueno físicamente es algo que no pueden ocultar entonces hay como un condicionamiento ahí que impacta, en la persona, el profesional.”*

Tabla 12: Evidencias relatadas por los/as profesionales provenientes de ONGs.

Además, algunas profesionales añaden los prejuicios raciales hacia las mujeres subsaharianas. Indican que a veces se da por hecho que están en situación irregular, simplemente por su color de piel, o reciben un trato discriminatorio en la atención por ser africanas o por hablar otro idioma.

### (E2.2) MEDIDAS PARA FACILITAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS

#### Resultados del análisis documental

Garantizar la accesibilidad a los servicios es uno de los principales motores de la equidad en salud. Por ello, el IV PAS plantea numerosos objetivos generales dirigidos a alcanzar esta cuestión, especialmente enfocado a “minorías” o “poblaciones/grupos sociales especialmente vulnerables”—recogidos en la Tabla 13.

Objetivo 4.3.1. Reorientar la atención sanitaria y los recursos del SSPA hacia los problemas de salud donde hay evidencia de la existencia de desigualdades sociales y de género.  
Objetivo 4.3.2. Mejorar la equidad en el acceso a los servicios sanitarios para las minorías y los grupos sociales especialmente vulnerables.  
Objetivo 4.3.3. Mejorar la equidad en el acceso a prestaciones y servicios de carácter preventivo y de promoción de la salud.  
Objetivo 6.4.3. **El SSPA definirá, en colaboración con la sociedad civil organizada, iniciativas de capacitación para un acceso mejor y más equitativo a las nuevas tecnologías, así como para la participación telemática para generar más salud.**

Tabla 13: Objetivos del IV PAS dirigidos a mejorar la accesibilidad de las minorías o poblaciones/grupos sociales en situación de vulnerabilidad.

Una de las medidas más reconocidas para mejorar la accesibilidad de la población migrante a los servicios es la facilitación de la información sobre los servicios existentes, los derechos para el acceso y las formas para acceder a ellos—conocido también como alfabetización en salud. Estas acciones están dirigidas especialmente a usuarios/as potenciales, ampliando así la cobertura del sistema. En la Tabla 14, se recogen los objetivos propuestos en el IV PAS relativos a esta cuestión.

Objetivo 5.2.4. **Definir los canales para hacer llegar a la ciudadanía información útil sobre los servicios sanitarios y sociales y establecer de manera compartida los criterios de accesibilidad.**  
Objetivo 6.1.1. Garantizar el acceso de la ciudadanía a una información veraz, actualizada, **adaptada a la diversidad y suficiente sobre la salud.**  
Objetivo 6.1.2. Establecer un espacio en red para la interacción entre la ciudadanía y el **sistema sanitario público andaluz, con el fin de que la información pueda ser obtenida por las personas a nivel individual, adaptada a sus propias necesidades de salud.**

Tabla 14: Objetivos del IV PAS dirigidos a facilitar información sobre servicios disponibles y su acceso.

Estos objetivos se concretizan en el III PIPIA, donde la igualdad para el acceso a los servicios aparece como uno de sus principios rectores: *“no sólo en un sentido formal, sino también material, obligando a los poderes públicos a favorecer, a través de los instrumentos establecidos, el acceso a los servicios públicos y privados en condiciones de igualdad real entre todas las personas que residan en Andalucía.”* (pág.67). Concretamente, en relación con los servicios sanitarios se indica:

*“El Plan se vincula al compromiso de la reducción de las desigualdades y por tanto se orienta a la equidad. En este sentido se sigue contemplando el acceso a la cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) independientemente de la situación de regularidad de la persona migrada a través de la tarjeta sanitaria”* (pág. 121)

Como una medida concreta para facilitar el acceso de las personas migrantes al sistema, se nombra numerosas veces la promoción del conocimiento y el acceso a los servicios, tanto en el IV PAS como en el III PIPIA:

*“la atención a la salud de la población extranjera debe asegurar el ejercicio universal y equitativo de este derecho fundamental. Es, por tanto, competencia del Sistema Sanitario Público de Andalucía promover los recursos necesarios que faciliten el conocimiento y el acceso de las personas extranjeras a las distintas prestaciones y servicios, en función de sus necesidades de salud. Los dispositivos y profesionales sanitarios adoptarán una orientación proactiva en las labores de identificación, captación, sensibilización e intervención con la finalidad de reducir las desigualdades sociales en la atención socio-sanitaria”* (IV PAS, pág. 123).

*“Introducción de la atención a la diversidad en las Estrategias de Comunicación del SSPA: Implementar actuaciones que faciliten la información traducida sobre el acceso y funcionamiento y cartera básica de los servicios de salud. (...)”* (III PIPIA, pág. 124).

Se nombra directamente a las mujeres migrantes como población-diana para algunas medidas concretas, como la de *“Informar, orientar y asesorar a las mujeres extranjeras y migrantes sobre sus derechos y obligaciones, así como de los recursos a los que tienen acceso.”* (pág. 135).

Una de las principales medidas que se proponen para facilitar el acceso de la población migrante a los servicios socio-sanitarios se relaciona con la eliminación de las barreras idiomáticas en la comunicación y en la facilitación de la información dirigida a usuarios/as extranjeros/as—detalladas en la Tabla 15. Por ejemplo, es de destacar el servicio de teletraducción o de Servicio de Interpretación Lingüística Simultánea mediante teléfono móvil, asegurando a la población inmigrante la información sobre los recursos disponibles dentro del programa “Hablamos tu idioma” (IV PAS, pág. 127).

La teletraducción se describe como *“un servicio 24/365 que permite que las personas extranjeras no hispanohablantes que requieran asistencia sanitaria en cualquier centro SSPA sean atendidas en su propio idioma. También: realizar consultas, resolver trámites administrativos o solicitar día y hora con el médico de familia o pediatra”* (pág. 84).

Implementar actuaciones que faciliten la información traducida sobre el acceso y funcionamiento y cartera básica de los servicios de salud.  
Difusión de los derechos y deberes del SSPA, en diferentes idiomas.  
Impulso, desarrollo y seguimiento del sistema de tele-traducción en los centros sanitarios.  
**Incorporación de instrumentos de comunicación adaptados a personas con dificultad para la lectura.**

Tabla 15: Medidas para facilitar el acceso de población migrante propuestas en el III PIPIA.

Finalmente, un cambio a destacar en los anteriores planes, especial énfasis en el acceso online al sistema y el uso de los servicios telemáticos para el cuidado de la salud. Por ejemplo, además de los sistemas y plataformas para pedir cita online, el informe del desarrollo del IV PAS cita el Proyecto Europeo *PALANTE (PATients Leading and mANaging Their healthcare through Ehealth)*, enfocado al fomento del liderazgo de las personas usuarias pacientes en el cuidado de su salud a través de las nuevas tecnologías.

Por su parte, el III PISMA también reconoce las dificultades de acceso a los servicios de salud mental para determinados grupos sociales, por sus limitaciones o condiciones sociales. Entre los colectivos que *precisan atención y discriminación positiva en los servicios sanitarios* señala la población migrante y las mujeres víctimas de violencia machista. Entre las medidas destinadas a la mejora de la accesibilidad de esta población vulnerable (objetivo general 5), se concretan dos líneas estratégicas de actuación: a) la implementación y adaptación del Programa de Atención a Población Inmigrante en Salud Mental (PAPI-SM) , y b) la elaboración e implementación de una guía de atención a las mujeres víctimas de violencia machista.

En el contenido del III Plan no se identifican medidas concretas que faciliten el acceso y conocimiento de los servicios para las mujeres migrantes, pero estas se encuentran en el PAPI-SM: *“Un programa de atención sociosanitaria integral, intersectorial y transversal dirigido a la población inmigrante en general, y dentro de dicha población a quienes sufren un duelo migratorio de intensidad moderada-extrema, o padecen algún tipo de trastorno mental en particular, especialmente aquellos calificados de graves y con riesgo de exclusión social”* (pág. 9). En el PAPI-SM se insta a una atención socio-sanitaria para la población migrante similar a la de la población autóctona, con ciertos matices relacionados con factores de interculturalidad, etarios, socioeconómicos y de género.

Además, en el PAPI-SM<sup>35</sup> se recalca la importancia de un protocolo de atención en salud mental para las personas migrantes por el riesgo que presentan de sufrir doble estigmatización, tanto por migrante como por enfermo mental. En la tabla 16 se recogen los objetivos orientados a la mejora del acceso a los servicios de salud mental. Entre las medidas, destacan la adaptación cultural y contextualización de los planes de intervención en función de las necesidades y demandas de la población migrante. En concreto, se proponen medidas como realizar las intervenciones en “acto único” y la adaptación del horario teniendo en cuenta la particular situación social y laboral de la persona migrante y los mediadores interculturales. Asimismo, se reconoce la importancia de un enfoque adaptado culturalmente y la **relevancia de la figura del mediador cultural** para una atención socio-sanitaria equitativa e igualitaria.

1. Introducir la perspectiva intercultural en la atención a la Salud Mental, adaptándola a la diversidad y a las condiciones de vida de las personas inmigrantes, para así proporcionar una asistencia igualitaria y equitativa.
2. Facilitar la accesibilidad de pacientes inmigrantes a la red de Salud Mental.
4. Realizar un diagnóstico precoz, culturalmente sensible y dar respuesta ágil y coordinada
9. Elaboración de una guía de recursos sociosanitarios dirigidos a la población inmigrante, que debe estar actualizada.

Tabla 16: Objetivos del PAPI-SM para facilitar la accesibilidad de población migrante a los servicios de salud mental.

Al igual que los planes ya mencionados, se reconocen las barreras idiomáticas y comunicativas como barreras para el acceso de esta población a los servicios socio-sanitarios. No obstante, las medidas propuestas no se orientan tanto a la eliminación de barreras lingüísticas como a la facilitación del proceso de diagnóstico e intervención.

## Resultados del análisis de las entrevistas

La mayoría de las profesionales vinculadas al ámbito sanitario consideran que existen estrategias para facilitar el acceso de forma proactiva, así como también estrategias como cartelería en idiomas, sistema de traducción telefónica, programas de alfabetización etc.—ver detalles en la Tabla 17. Sin embargo, hay matices en sus opiniones respecto del grado de proactividad y la pertinencia de las estrategias. Por una parte, se refiere que las barreras de comunicación no solo se salvan traduciendo los carteles o las conversaciones, sino que se requiere una adaptación real, así como la presencia de apoyos como mediadores culturales. Igualmente, muchas hablan de que las estrategias pueden variar dependiendo de la zona, es decir de de la cantidad de población inmigrante que se reciba en el centro de salud u hospital. Se insta a realizar, por zonas, una detección de las barreras y las necesidades reales que tiene la población migrante para acceder a los servicios, en especial, las mujeres.

<sup>35</sup> Consejería Salud y Familias. Programa de Atención a Población Inmigrante en Salud Mental (PAPI-SM). Disponible en: <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/listadodeterminado.asp?idp=503>

Respecto a las estrategias para facilitar el acceso de las mujeres, en general, se **consideran insuficientes**. Por ejemplo, se hace referencia a la conciliación familiar o de cuidados, aunque se reflexiona sobre de quién es la responsabilidad de facilitar esto, si del sistema sanitario o del empleador o la empresa.

PS1: "Cuando hay una barrera idiomática no rechazan a la mujer inmigrante, en este caso, africana. No la rechazan, sino que se crea el recurso de cómo acercarse a ella y entenderse. Entonces, pues va desde la traducción directa, con la presencia física de los traductores de francés, de inglés, incluso a veces nativos (...) también para toda la comunidad de Andalucía existen los programas de tele traducción, a través del teléfono móvil. Es un poco más lenta la consulta, pero se emplea, y sobre todo, se emplea mucho a nivel de especialidad y hospitalaria, que tienen como más tiempo para pasar la consulta al médico con el **paciente. Y luego también, la junta Andalucía suministra, a modo de gráficos, pictogramas** y demás, para que la mujer se oriente mucho, sobre todo en el tema del embarazo, de salud reproductiva y demás, está muy desarrollado aquí en Andalucía"

PS2: "Las guías que se recogen, bueno, que hay formaciones y que siempre se habla por ejemplo de la barrera del idioma, de también choque cultural, se tiene en cuenta. (...) **no sabría decirte así concretamente porque únicamente es que se identifican en estudios, con los cuales se tiene presente, pero que estén identificadas como tal, en diferentes protocolos de actuación y demás, no.** (...) Existen, pero no en todos los centros, de hecho hay centro de salud u hospitales, por ejemplo ¿no? yo, mi experiencia en hospital Virgen Macarena, como hay más población migrante, de referencia, sí que está más accesible y ver por allí, cuando estás trabajando, los pictogramas que son unas imágenes donde te ayudan a comunicarte con las mujeres en diferentes idiomas, pero en otros hospitales donde no hay tanta población migrante"

PS3: "Por ejemplo, el curso de formación a los administrativos, sabes que son las personas que los reciben que tienen que darle una cita, por ejemplo, y nosotros también, nosotros los **médicos también nos dan cursos, para identificar cuál es el problema del acceso, es más la barrera a lo mejor de que tengan o no dinero, porque no puedan venir al médico, una vez que llegan aquí tengan problemas para acceder a nosotros.**"

PS4: "Creo que una de las cosas que si hubiese habido una participación ciudadana, se hubiesen puesto encima de la mesa, pero yo creo que no (...) las mujeres en sus temas de cuidado no tienen muchas veces sustitutos, no solo muchas porque trabajan, pero otras porque aunque no trabajen, no pueden delegar el tema de los cuidados."

PS5: "A ver, las sabe, cuáles son los problemas que tiene, que lo hagan, no lo sé, pero nosotros los que estamos aquí en la base, sí lo intentamos. A ver, ellos creo que tienen que saberlo porque o sino no hubiesen hecho tanta normativa respecto a que las cosas se hagan en condiciones, pero después va a depender mucho del sitio donde esté ubicado, es que eso es muy importante, la ubicación de la zona y que los profesionales que están **trabajando, entiendan las necesidades específicas, que ni todo va a hacer proactiva una cosa, ni todo va a ser en contra.**"

PS6: "Yo creo que el sistema de salud dice que con poner un cartel traducido a otro idioma **es suficiente, pero no le estás dando la orientación cultural. Porque no solo basta con traducir, necesitas otra cosa. No necesitas traducir, necesitas adaptar. Porque yo puedo estar traduciendo una serie de normas, y otra persona culturalmente no entenderlas o no compartir esa manera de proceder, porque mi cultura se siente de otra manera. O sea, no vale con que el mismo cartel que te doy a ti, pues se lo de a otro traducido en árabe, no vale, hay que adaptar, no traducir.**"

Tabla 17: Evidencias relatadas por los/as profesionales sanitarios.

Las profesionales de ONGs consideran que las estrategias para facilitar el acceso de forma proactiva son escasas. Si bien existen estrategias como carcería en diferentes idiomas, sistemas de traducción telefónica, programas de alfabetización etc., consideran que su uso y aplicación es el limitado. En ocasiones, incluso no se conocen y no se usan o los propios médicos son reacios a usarlos, ya que limitan el tiempo de atención. En la Tabla 18 se exponen algunas de las narrativas de estas profesionales.

En cuanto a las barreras para las mujeres migrantes africanas, se indican las mismas que las señaladas anteriormente por los/as profesionales sanitarios. Una de las participantes, a modo de ejemplo, narra el siguiente caso:

*“Me acuerdo de una chica que hace poco en el hospital dio a luz con su marido, al niño se lo llevaron a la incubadora y estuvo como 24 horas en la incubadora, y la mujer sin ver su hijo porque nadie le dijo que había que ver a su hijo. Por 24 un bebé sin atención materna, pero ningún médico, ningún sanitario le dijo “oye, que tu hijo está abajo y lo puedes ir a visitar”, ni a la madre, ni al padre. Entonces, por eso digo que no tienen estrategias para acercar a esta población y comunicar efectivamente las pautas y lo que pueden hacer.”*

ONG1: *“el hecho de vivir en nuestro país te hace ver que esa visión constructiva desde la población civil hacia las instituciones es algo que no está muy normalizado, y es algo que **creo que deberíamos de normalizar porque nos haría mucho más productivos y eficientes, y generaría en nuestros servicios dedicara mucho más tiempo hacer proactivo a la prevención que a la actividad, que al poner el parche o a poner cuando ya la cosa está mala intentar solucionarla, entonces no somos proactivos lo suficientemente.**”*

ONG2: *“Una cosa es que están estos carteles muy bonitos y que aparecen en muchos idiomas, no recuerdo la información que ponen, habla de los derechos y además un teléfono para una posible interpretación, pero luego esto no se utiliza. De hecho, lo hemos preguntado en **muchas ocasiones, si se puede solicitar un intérprete telefónico y al final esto no se hace.**”*

ONG3: *“**En algún caso creo que consientes son, pero como identificarlas de forma proactiva poco.** Algunas reuniones con consejería de salud y tal, intentan poner algunas, pero no de forma proactiva. (...) porque la verdad es que nos afecta bastante, cuando estamos con población que no comprende el idioma y no puede recurrir a estos servicios, que además se hace publicidad de ellos. (...) “Además, es una lucha constante que tenemos con los traductores”.*

ONG4: *“**supongo que sí, que ellos saben identificar las barreras. Culturales, idiomas, eso lo saben identificar, yo creo. (...)Tienen herramientas, pero no las tocan. Por ejemplo, el tema de las traducciones, la junta de Andalucía puso unos dispositivos para el tema de las traducciones, en el mismo momento, teníamos en los servicios sociales comunitarios y lo tenían los centros de salud. Yo sé que los centros de salud son muy reacios algunos profesionales a utilizar eso, pierden tiempo (...)** Es que no entiendo esa necesidad de tener una conciliación familiar para ir al médico o ludotecas. Eso no te lo da el sistema sanitario, eso te lo da tu empresa. Que te de la facilidad de poder ir al médico y que no te quiten las horas de trabajo por haber ido al médico, o que te digan que no puedes ir al médico, el médico es el médico, está haciendo su trabajo.”*

ONG5: *“hay algunos hospitales o centros, que sí puede haber mucha más conciencia, pueden ser mucho más proactivos en ese sentido, pero a nivel global del sistema sanitario yo creo*

*que eso no es así. Hay algunas en las que hemos tenido experiencia de que lo haya. Por ejemplo, programas de alfabetización en salud, charlas también, el tema del embarazo, si nos consta que en algunos se haya facilitado la accesibilidad a personas migrantes.”*  
ONG6: *“Existen, ahora que se visibilicen, que los lean, que estén basados en el idioma y demás, no estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo, también en ese aspecto por ejemplo, otras de las cosas que me parece llamativa, el recurso en el servicio sanitario sobre salud responde que es un servicio de traducción e interpretación, que el usuario no puede solicitarlo, lo solicita el médico, entonces si el médico no lo solicita, la persona no tiene acceso a ese servicio, muchas veces los médicos no tienen conocimiento de que existe, médicos, enfermeros, hablamos de todo el sistema en general, y no estamos utilizando los recursos que tenemos.”*

Tabla 18: Evidencias relacionadas por los/as profesionales provenientes de ONGs.

## (E2.2) CAMPAÑAS DE EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

### Resultados del análisis documental

Es importante recordar el hecho de que los planes analizados presentan un enfoque muy centrado en la prevención y la promoción de la salud, tratando de superar el enfoque basado en el déficit y la medicalización. Por ello, se esperaría que las campañas para promover hábitos saludables y un cuidado proactivo de la salud de la ciudadanía cobren un peso importante en la planificación de las actuaciones. Sin embargo, se han encontrado pocas medidas dirigidas a desarrollar campañas de educación en salud o de promoción del cuidado de la salud, adaptada en forma y formato a la diversidad y/o con perspectiva de género. Si bien es cierto, que es posible que estas medidas estén desarrolladas en los planes locales, de una forma más concreta, respondiendo a las necesidades locales.

En concreto, destacamos algunas acciones o campañas de educación en salud encontradas en el Informe de Desarrollo para el período 2014-16 que pueden ser de interés para personas migrantes, en especial para las mujeres:

- El Proyecto RELAS: Red de Acción Local en Salud, vinculado al compromiso 1 del IV PAS (*Aumentar la esperanza de vida en buena salud*) y dirigido a incorporar actividades de promoción de la salud en los planes de acción de los municipios andaluces. En relación con la promoción de los cuidados y la salud de los cuidadores se encuentra una medida dirigida a mujeres migrantes: *“Sesiones formativas a cuidadoras inmigrantes, tomando como punto de partida la adaptación transcultural. En colaboración con otras entidades (centros cívicos, asociaciones de inmigrantes) sobre la prestación de cuidados”*.
- Programas de apoyo al cuidado, promoción de la salud y prevención de riesgos. Por

ejemplo, los Grupos socio-educativos GRUSE, enfocados a la promoción de la salud mental y el empoderamiento de las mujeres—aunque se ha empezado a trabajar también con hombres. Esta medida también se desarrolla en el III PISMA.

- Acciones previstas para promover la salud en la infancia y la adolescencia, así como la parentalidad positiva. Por ejemplo, el programa *“Una ventana abierta a la familia”* que consiste en: *“una plataforma desarrollada por la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía destinada a apoyar y asesorar a padres y madres en la crianza infantil, favoreciendo su confianza y eficacia en los cuidados y en la estimulación para el desarrollo saludable y el bienestar de sus hijos e hijas. El programa les ofrece la posibilidad de inscribirse en el Servicio de ‘Una ventana abierta a la familia’ de Salud Responde para recibir mensajes a través de teléfono móvil y por correo electrónico sobre el cuidado, la salud y el desarrollo infantil. También pueden enviar sus dudas o preguntas que les serán respondidas por especialistas en la materia”*<sup>36</sup>.
- Convenio de colaboración con las asociaciones que operan con las personas que ejercen la prostitución enfocados a la promoción de la salud, el fomento de hábitos de vida saludables o la prevención de enfermedades.
- Actuaciones de sensibilización y formación en materia de Violencia de Género, especialmente enfocados al sector judicial.

Todas estas medidas, aunque necesarias, llevan a repensar el papel que se otorga a la mujer—migrante o no—en nuestra sociedad: un papel que reproduce los estereotipos de género y que las vincula a los cuidados o a funciones sexuales y reproductivas. Asimismo, muchas de las medidas, actúan como acciones preventivas de su salud derivadas de las múltiples violencias que sufren (i.e. de género, laborales, económicas, emocionales).

Por otro lado, el III PIPIA propone la medida 3.5, enfocada al ámbito de las adicciones para personas migrantes: “Impulsar el acceso y la adaptación de la atención socio-sanitaria y la promoción de la salud a aquellas personas de origen extranjero con problemas de drogodependencias y/o adicciones, mediante medidas y actuaciones adaptadas a las características culturales y lingüísticas de esta población.” Esta medida llama la atención por lo específico del colectivo.

En **el III PISMA se incorpora una línea estratégica específica de promoción y prevención** destinada a fomentar *los activos en salud mental, las competencias emocionales, los roles igualitarios de género y la atención a la diversidad*. No obstante, la mayoría de las iniciativas propuestas se destinan, principalmente, a la promoción de la salud mental y bienestar emocional en ámbito educativo y al fomento de la parentalidad positiva.

En relación al género, el III PISMA incorpora como medidas preventivas o de promoción de la salud mental: (a) programas preventivos para las mujeres víctimas de violencias

---

<sup>36</sup> Ventana abierta a la familia. Junta de Andalucía. Disponible en: <https://www.ventanafamilias.es/>

machistas, (b) la estrategia GRUSE<sup>37</sup> para la promoción de activos en salud en mujeres adultas y (c) el diseño de un plan regional de prevención del suicidio.

### Resultados del análisis de las entrevistas

Un grupo de profesionales vinculados al ámbito sanitario señala desconocer si se realizan programas de alfabetización en salud y campañas adaptadas en forma y formato a la diversidad. Por otra parte hay quienes afirman que sí se realizan en sus lugares de trabajo, pero **refieren que los programas de alfabetización o promoción de la salud para población inmigrante surgen de forma voluntaria y altruista, a título personal desde algunos profesionales más sensibilizados con el tema.** Señalan la limitación de tiempo y carga laboral como principal barrera para desarrollarlos. Igualmente, también indican que algunos programas son desarrollados por ONGs o asociaciones pro-migrantes. La Tabla 19 ofrece algunas de las narrativas recogidas.

Una profesional afirma que un problema asociado a la mayoría de campañas de educación en salud es que tienen un carácter muy occidental o etnocentrista. Por ejemplo, se mencionan los programas en salud sexual y reproductivo dirigido a mujeres migrantes, los cuales se propone que deben ser diseñados—e incluso implementados—conjuntamente con los propios colectivos de mujeres migrantes.

PS1: *“Si. Esto lo hacen... bueno no a lo mejor 100% de todas las organizaciones sanitarias, pero en mucho de ellas sobre todo lo hacen las trabajadoras sociales que están inmersas o incluidas en esta organización sanitaria. Entonces, si explican los servicios y cómo acceder a ellos.”*

PS2: *“Lo que hay son ONG y fundaciones que sí, que hacen estos programas, pero que esté institucionalizado y que los profesionales sanitarios sean los que impartan estos programas, dentro de eso el área laboral, no, a mí no me consta”.*

PS3: *“De realizarse si se realizan, pero gracias a la buena voluntad de los médicos, no porque de arriba venga así, es porque los médicos lo queremos así, a costa de nuestro tiempo y de nuestra vida privada, no del tiempo del trabajo, porque no me dan tiempo para poder preparar el curso, yo lo preparo en mi casa (...) es algo voluntario, no lo hace la organización.”*

PS4: *“Si que la atención primaria hay programas y educadores de la salud y hay programas donde se implementan, no sé dónde están porque hace tiempo que estoy alejada de la atención primaria, pero sí que está contemplado en hacer educación para la salud. Dentro de las pocas posibilidades de que la presión asistencial y cada vez con más recortes, son así, lo siento decirlo y me duele, pero es así, está sufriendo mucho la atención primaria y eso nos da los programas de educación para la salud, pero sí que está contemplada.”*

PS5: *“Directamente montar grupos ahora de personas de determinado entorno social, de cualquier etnia, no lo estamos haciendo, lo hacemos puntualmente si nos llaman en algún sitio, pero no suele ser lo habitual que juntes a mujeres de la misma. Yo, estoy atendiendo a una chica marroquí, que salió de ella el tema de sexualidad, entonces ella se tiene que*

<sup>37</sup> Consejería de Salud: Grupos Socioeducativos en Atención Primaria. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/andaluciaessalud/docs/158/GRUSE\\_ARGUMENTARIO\\_v2.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/andaluciaessalud/docs/158/GRUSE_ARGUMENTARIO_v2.pdf)

*encargar de montar el grupo para que yo después lo haga aquí. Porque el tiempo no es el mismo, si yo me tengo que dedicar a organizar, ya eso a mí me quita tiempo que no tengo, y si las cosas que surgen directamente, desde las propias personas como una necesidad, es más fácil de que las cosas se lleven bien.”*

*PS6: “Yo he estado escuchando sobre alfabetización en salud. Pero, también sé que no ha estado dirigido concretamente a colectivo inmigrante. Yo, sobre todo, sabes que he estado escuchando sobre alfabetización en salud para adultos mayores. Y los adultos mayores, actualmente aquí no tenemos una población inmigrante muy mayor, tenemos una población inmigrante joven, entonces entiendo que ellos no entran. Pero, es algo que puedo desconocer un poco más (...)”*

Tabla 19: Evidencias relatadas por los/as profesionales sanitarios.

En cuanto a las profesionales de ONGs, la mayoría desconoce si hay programas de alfabetización en salud o campañas lideradas desde el sistema sanitario que estén adaptadas en forma y formato a la diversidad. En caso de ser así, indican su mala difusión, ya que no llega la información a las ONGs ni a la población migrante—al menos la que ellas conocen. Lo que sí refieren son programas liderados por las propias ONGs. Así también se establece una mirada crítica sobre estos y su capacidad de captar a los/as usuarios/as migrantes.

*ONG1: “Yo ahí he puesto que no sé, no contesto. Es verdad que tengo conocimiento de que el ayuntamiento tiene una unidad de educación en salud, donde realizan campañas de educación en salud, pero no en el servicio sanitario.”*

*ONG2: “Si desde luego lo hacen, están mal difundidos, porque a nosotros no nos llega y estamos en contacto y no. Si que realiza campañas de salud (...) sin ningún tipo de distinción entre una persona autóctona y una persona migrante, ni adaptada al proceso de su cultura en ningún caso. Entonces sí hacen campañas, pero adaptadas a la diversidad cultural no.”*

*ONG3 : “Nosotros a los programas de alfabetización y de salud que hemos tenido, porque además las mujeres los demandan mucho, en temas de formación de salud los hacen otras entidades. Solicitamos siempre médicos del mundo, cruz roja, o sea nunca desde las organizaciones sanitarias hemos tenido ese acceso a esos progresos, (...) O sea, hay algunas campañas, Supongo que un poco de adaptación tendrán, otra cosa es que lleguen a esta población.”*

*ONG4: “No lo sé. Supongo que sí, pero no lo sé. (...) Sí existen campañas de educación, pero que le llega a todo el mundo. Adaptada en forma y formato a la diversidad, creo que no.”*

*ONG5: “No sé si decirte si los hay, pero si los hay no sé si llegan a la población que tienen que llegar. (...)Por lo que conozco, creo que esto se hace a través de subcontrata muchas veces, a través de otras entidades como ONG. Pero no como tal las organizaciones sanitarias, (...)”*

*ONG6: “hace bastantes años participaba en talleres de alfabetización y salud, talleres de prevención de transmisión sexual, y educación sanitaria, estoy hablando del 2010 y no era Sevilla, pero era de la junta de Andalucía, pero existen. Ahora no sé exactamente cómo se selecciona la gente, o sea se selecciona la gente a través de la ONG, pero quizás debería ser más abierto a todo el mundo en la calle, yo creo que la forma, los medios de difusión son mejorables, (...)”*

Tabla 20: Evidencias relatadas por los/as profesionales provenientes de ONGs.

### (E3) EQUIDAD EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS/SENSIBILIDAD

A continuación, se resaltan dos bloques importantes encontrados en el análisis documental y en las entrevistas a los/as profesionales: (1) los recursos para la adaptación de los servicios y (2) la formación de los/as profesionales.

#### (E3.1) RECURSOS PARA ADAPTAR LOS SERVICIOS A LA DIVERSIDAD CULTURAL

##### Resultados del análisis documental

En relación a las acciones y recursos para garantizar la adaptación de los servicios de salud, los planes son bastante genéricos. El VI PAS señala la necesidad de *“reorientar la atención sanitaria y los recursos del SSPA hacia los problemas de salud donde hay evidencia de la existencia de desigualdades sociales y de género”* (pág. 74). Por su parte, el III PIPIA incluye como medida (3.3.4) *“Mejora y adecuación de la atención a las necesidades de salud de las personas extranjeras en situación de extrema vulnerabilidad o riesgo de exclusión social.”* (pág. 128).

Una medida a destacar es la Red ISIR<sup>38</sup>, que incluye un conjunto de instrumentos que permite la comunicación y el intercambio entre personas interesadas en la mejora de la atención sanitaria a la población migrante. Los objetivos específicos de la red son los siguientes: (a) Dinamizar y crear conocimiento en torno a la salud de las personas inmigrantes; (b) Generar materiales de apoyo para la formación en competencias interculturales; (c) Formar en competencias interculturales y atención a la diferencia para los profesionales andaluces; y (d) Dinamizar encuentros que permitan la reflexión y faciliten el trabajo en red. Los destinatarios de la red son el personal sanitario que atiende a población inmigrante, así como profesionales y ciudadanos/as interesados en la mejora de la atención sanitaria a la población inmigrante.

Es de destacar que ni en el IV PAS ni en el III PIPIA se ha encontrado referencia a la mediación cultural como medida para facilitar la adaptación de los servicios a la población extranjera y minorías étnicas. Esto coincide con la gran demanda que existe de este recurso por los/as profesionales entrevistados/as—indicado en la siguiente sección por los/as profesionales.

En el III PISMA se considera la relevancia de los recursos humanos en la calidad de la intervención en salud mental pues *sólo a través de la relación con las personas se hacen eficaces, efectivas y eficientes las herramientas terapéuticas*, incluso las biológicas, ya que la adherencia a las mismas depende, en gran parte, de la relación terapéutica (pág. 106). Se propone como medida de adaptación cultural la incorporación de un profesional

---

<sup>38</sup> Red ISIR: Inmigración y Salud. Junta de Andalucía. Disponible en: <http://www.saludpublicaandalucia.es/nuestro-trabajo/redes-profesionales/red-isir-inmigracion-y-salud>

de referencia en la atención de las personas migrantes con problemas de salud mental, sensible a las características propias del proceso migratorio. Concretamente, se facilitan **recursos de mediación, traducción y de intérpretes, así como flexibilidad en el tiempo** de atención a pacientes migrantes.

### Resultados del análisis de las entrevistas

Las/os profesionales vinculadas al sistema sanitario indican la falta de recursos para la adaptación de servicios clave. Si bien reconocen algunas medidas positivas como el uso del teléfono traductor. Recalcan la necesidad de garantizar una comunicación efectiva con las personas migrantes, que va más allá de la traducción. Coinciden en la **necesidad de incorporar la figura de los mediadores culturales en todos los centros** sanitarios. Necesidad suplida por agentes externos al sistema, como ONGs e incluso familiares amigos de los/as usuarios/as. Ver en la Tabla 21 algunas de las narrativas más destacadas.

Concretamente, uno de los profesionales indica lo siguiente en relación a los beneficios que aportaría la figura del mediador cultural para el trabajo con mujeres africanas:

*“Cuando una usuaria, una mujer africana, por ejemplo, acude a una cita de un especialista, pues que vaya un mediador acompañándola, para que le entendimiento entre el médico y ella sea más grande, más cálido, más afectivo, y que ella se pueda expresar, porque siempre que se va acompañando de un igual, de un mediador, ellas lo vivencian así, como un igual, pues la verdad es que se abren más, cuando hacen la historia clínica dan más detalles, y el diagnóstico se puede llegar de una forma más certera”*

Asimismo, se hace hincapié en el deterioro o la desaparición de algunos servicios importantes como consecuencia de la crisis y el recorte en inversión en sanidad pública. Por ejemplo, se hace mención a las unidades de género.

PS1: “Mira, esto es una guerra que llevamos, yo la conozco de toda la vida, 25 años aquí luchando que, en hospitales, en centro de salud, en los centros de especialidades **médicas... debería haber mediadores culturales, pero no lo hay. No existe esa figura como tal, ni oposiciones como tal ni nada. Lo que pasa es que muchas veces las organizaciones sanitarias públicas recaban el servicio de los mediadores culturales que tienen las entidades privadas, las ONG, extraoficialmente.**”

PS2: “Sí que está disponible, pero es verdad que después no se usa. (...) es verdad que salud responde al valor cultural que pueda ayudar y en algunos centros también, pero eso ralentiza la consulta por lo cual el profesional intenta entenderse con la persona, ayudándose de otra persona cercana que venga de acompañante para entenderle y así no perder el tiempo de gestionar todos estos recursos, lo que sí que habría que hacer por ejemplo es que cuando veamos una necesidad con un paciente migrante, que se le dé una cita del doble de tiempo, y eso no está todavía regulado.”

PS3: “La organización lo que pone es un traductor, mediador cultural yo no lo he visto, bueno puede ser la trabajadora social que está en el centro, pero un mediador cultural no.”

PS4: “Sabiedo con los recortes que hay ahora me temo que esto queda muy atrás, como ha quedado atrás los que se fueron las unidades de género dentro de todas las instituciones públicas, no solo la sanidad, sino en todos los centros asistenciales se iban a crear unidades de género respecto a la salud de las mujeres.”

PS5: “Los mediadores culturales existen, generalmente en las organizaciones que están fuera de nosotros, aquí no tenemos mediadores. Yo conozco a algunos, lógicamente porque se ha dado el tiempo de conocernos, y es porque además algunas personas de ese equipo han sido incluso mujeres más que han estado... Sí existe, pero no como un recurso sanitario nuestro.”

PS6: “Nada. Yo he vivido en persona trabajar en una ONG donde las mediadoras rumanas, como tenemos mucha población rumana, ellas son las que iban y se prestaban a esto (...) no solo a mediar y a comunicar, si no a hacerse cargo al traslado de esta persona (...) Además, el sistema sanitario ni siquiera ha llegado, ni a profundizar, ni a preguntar sobre eso, sino que directamente son entidades locales, el resto de la comunidad es la que se hace desde la sociedad que se hace cargo de eso. Recursos para adaptar no existen. No”.

Tabla 21: Evidencias relatadas por los/as profesionales sanitarios.

Tal y como muestra la Tabla 22, las profesionales de ONGs coinciden en que se **proporcionan recursos específicos para población migrante, sin embargo, los consideran insuficientes y poco adaptados** a poblaciones específicas—como las mujeres migrantes. En el caso de los mediadores culturales, señalan que estos no se encuentran presentes en las instituciones sanitarias, sino que son proporcionados por las ONGs, tal y como se indicó anteriormente. Igualmente, se critica que algunos médicos, aunque saben que tienen ciertos recursos como el de tele traducción, deciden no usarlos—por lo que la persona usuaria no puede usarlo tampoco.

ONG1: "porque es verdad que cuando empecé a trabajar en migración había un mediador cultural, que no estaba contratado por el sistema sanitario, sino que, por el ayuntamiento de Sevilla, En hospitales, pero con la crisis ese programa desapareció. Ahora, con mi experiencia, no he tenido contacto con ningún mediador cultural que se dedique a este tema."

ONG2: "Hay carteles que en muchos idiomas que informan que efectivamente las personas que no hablan el idioma en castellano, sí que tienen derechos a solicitar un intérprete, pero en la realidad no se hace. De hecho, desde la organización hemos preguntado en muchas ocasiones si es posible, después nos dicen que hay que solicitarlo con tiempo, después nos dicen que el doctor no tiene tiempo para armar la consulta para esa persona. Entonces la realidad es que esto no se utiliza. Somos nosotros desde esta organización que hablamos diferentes idiomas, acompañamos en este servicio, en la consulta médica para poder interpretar."

ONG3: "Yo no los conozco, por lo menos en nuestro entorno no tenemos acceso a ellos. Entiendo que no tienen recursos, que no tienen capacidad, como te decía antes hay buena intención. O sea, de hecho, esa iniciativa de nuestro centro de salud de reunirse con las entidades fue porque se sintieron sobrepasados de la población migrante. Tanta cantidad de población migrante que empezó a llegar desde el barrio."

ONG4: "Yo creo que no tienen mediadores culturales, tienen un trabajador social y punto, en cada centro de salud. Mediadores culturales creo que no tienen. Por lo tanto, sería ... proporcionan recursos para la adaptación de los servicios: No."

ONG5: "Yo creo que es a través de ONG, sé que Sevilla Acoge, como que proporciona por así decirlo mediadores interculturales para que faciliten el servicio de salud, para el servicio de salud. Pero, como todas las organizaciones sanitarias no me consta si proporcionan este tipo de recurso, la verdad. Ya te digo, es que incluso está el servicio de tele-traducción, pero lo tiene que solicitar un médico, no puede solicitarlo el usuario. Entonces, eso no tiene mucho sentido, porque si la persona necesita acceder y se supone que es la que debería tener acceso a "oye, necesito un intérprete" y solicitarlo, y los médicos no conocen mucho de esta herramienta y no hacen uso de ella. Entonces, si son los responsables y no tienen conocimiento, no creo que estén muy adaptados, o los recursos que hay no se utilizan."

ONG6: "hay recursos, sí hay recursos, pero no adaptados, no realmente, porque para mí un recurso adaptado es, si yo soy mujer migrante, yo tengo la información, puedo hacer a ella **y no tengo dificultades, no necesito a nadie más, entonces estar generando una clase de independencia, o una institucionalización de las personas que hacen a los servicios por falta de información, o por falta de comunicación y de disfunción de lo que realmente existe.**"

Tabla 22: Evidencias relatadas por los/as profesionales provenientes de ONGs.

## (E3.2) FORMACIÓN DE LOS/AS PROFESIONALES

### Resultados del análisis documental

La formación a los/as profesionales socio-sanitarios es una de las principales medidas contempladas, tanto en las leyes como en los planes analizados. En relación a la diversidad cultural y migraciones, el III PIPIA propone algunas medidas concretas—ver la Tabla 23. Pero, especialmente, existen dos grandes iniciativas de la Junta de Andalucía para formar a sus profesionales en estas cuestiones a destacar: la Red ISIR y el FORINTER2.

*Medida 3.1.1: Impulso del conocimiento de la diversidad cultural de la población por parte de los equipos profesionales del SSPA.*

*Medida 3.2.2: Incorporar la gestión de la diversidad en las actividades de formación de profesionales de la salud.*

*Medida 3.3.2: Creación y difusión de un banco de buenas prácticas de acciones locales en salud dirigidas a mejorar la calidad de la atención integral a la salud de la población extranjera.*

Tabla 23: Medidas del III PIPIA para la formación de profesionales en materia de diversidad cultural.

Por un lado, la ya nombrada Red ISIR, coordinada desde la Escuela Andaluza de Salud Pública, incluye como uno de sus objetivos *“sensibilizar y formar a profesionales sanitarios y sociales de las necesidades socio-sanitarias, culturales y religiosas de la población inmigrantes”*. En su web<sup>39</sup> puede accederse a todo el material formativo desarrollado, así como a los cursos disponibles. Por ejemplo, actualmente, se encuentra, el *“Manual de atención sanitaria a inmigrantes”*<sup>40</sup>.

Por otro lado, el proyecto FORINTER2, iniciativa de la Consejería de Turismo, Regeneración, Justicia y Administración Local, que contempla el diseño, ejecución y evaluación de un Plan de Formación en materia de Interculturalidad y Migraciones. Sus acciones se dirigen a responsables políticos, personal gestor y técnico de entidades públicas y colectivos profesionales, que trabajan directa o indirectamente con la población migrante en Andalucía. Tal y como se expone en su web<sup>41</sup>, este proyecto responde a uno de los objetivos principales del PIPIA el de la formación:

*“para mejorar la atención hacia el colectivo de población extranjera es imprescindible que las personas profesionales de los distintos ámbitos conozcan*

<sup>39</sup> Red ISIR. Junta de Andalucía: <http://www.redisir.net/>

<sup>40</sup> Junta de Andalucía (2007). Manual de atención sanitaria a inmigrantes: [https://www.redisir.net/pluginfile.php/685/mod\\_resource/content/1/Manual\\_Atencion\\_Sanitaria\\_Inmigrantes.pdf](https://www.redisir.net/pluginfile.php/685/mod_resource/content/1/Manual_Atencion_Sanitaria_Inmigrantes.pdf)

<sup>41</sup> FORINTER2. Junta de Andalucía: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/turismoregeneracionjusticiayadministracionlocal/areas/politicas-migratorias/forinter.html>

*la cultura y las costumbres de las personas inmigrantes; tanto el personal técnico, como profesionales en general que trabajan en el ámbito de la inmigración, deben adquirir cada vez mayores herramientas, estrategias y habilidades que les permitan **concretar de manera eficaz la efectiva inserción social de las personas extranjeras**, cumpliendo así con un itinerario que se ajuste en buena medida a sus expectativas y que se adapte plenamente a las situaciones cotidianas”.*

Asimismo, el III PIPIA también recoge la siguiente medida (8.3.3), que potencia la colaboración con universidades y otras entidades especializadas para diseñar e implementar jornadas y cursos de formación en interculturalidad y migraciones.

En cuanto a la formación en materia de género, en el III PIPIA se indica la formación de profesionales como acción necesaria dentro de las actuaciones que se han de programar para “avanzar en un modelo de atención integral con perspectiva familiar y de género”(Pág.116). Sin embargo, ninguna medida del plan incluye formación de profesionales relacionadas con esta materia. Tan solo se recogen formaciones específicas sobre violencia de género para sectores profesionales muy concretos, e. g. fiscales y profesionales de las Unidades de Valoración Integral de la Violencia de Género.

No obstante, es de señalar que **existen organismos específicos de la Junta de Andalucía** con funciones concretas en materia de género que pueden reforzar esta cuestión. Un buen ejemplo de ello es la Unidad de Igualdad y Género, la cual, en colaboración con el Instituto de la Mujer, ofrece un módulo sobre “Género y Salud” dirigido a los equipos técnicos. Con el fin de avanzar hacia una Administración Pública más igualitaria, este brinda recursos e instrumentos de apoyo para ilustrar cómo integrar la perspectiva de género en la práctica profesional y la gestión de las políticas.

Finalmente, el III PISMA incluye líneas de acción en relación a la promoción de formación relacionada con el género y la diversidad cultural: (1.2) *la colaboración en el desarrollo de programas formativos dirigidos a profesionales de la salud, educación, servicios sociales y administración de justicia, entre otros, sobre activos en salud, aprendizaje emocional, perspectiva de género y atención a la diversidad, adaptados a las distintas etapas del ciclo vital* (pág. 76). El plan cuenta con un objetivo destinado a la mejora de la práctica profesional a través de la formación, investigación y evaluación. No obstante, no se han desarrollado dentro del objetivo medidas formativas específicas en género y diversidad cultural para los/las profesionales de la salud mental. Además, en **el PAPI-SM se manifiesta el desconocimiento por parte de los empleados del sistema** sanitario de recursos que pueden dar soporte a la atención de la diversidad cultural, como el servicio de traducción Salud Responde.

## Resultados del análisis de las entrevistas

En la Tabla 24 se presentan algunas narrativas de profesionales del ámbito sanitario sobre la formación que reciben en relación a la diversidad cultural y de género. En relación a la diversidad cultural, coinciden en que existen formaciones, pero de carácter voluntario, por lo que suelen recibirla aquellas personas más sensibles a estas cuestiones—por tanto, no llega a aquellas que más lo necesitan.

Respecto de formación en género la mayoría de las profesionales menciona que estas se dan continuamente y hay acceso a ellas, que es un tema mucho más sensibilizado frente a la diversidad cultural. Sin embargo, se establecen matices respecto del contenido y en la relevancia de la transversalidad del género en otras formaciones. Se indica que los cursos sobre género suelen centrarse en la mujer como víctima de violencia.

Además encuentran algunas barreras para acceder a estas formaciones, por ejemplo, la falta de tiempo y la escasa recompensa que reciben por formarse y reciclarse. Por otra parte, se menciona que esto **no está suficientemente incluido en las formaciones de los colegios oficiales** de las disciplinas asociadas a la salud. Igualmente, se explicita la necesidad de fortalecer estos temas en los planes de estudio de las universidades.

PS1: *“aunque no sea una formación grupal, mayoritaria y demás, que siempre el sanitario se puede apuntar a cursos y talleres que se organizan por parte de ONG, incluso de las propias organizaciones sanitarias, pero te vuelvo a repetir, que por falta de tiempo muchos directores de centro de salud no dejan al médico liberarle 3-4 días para que se haga esa formación.”*

PS2: *“sí, pero como es voluntaria, pues al final se forma la persona que está más sensibilizada, entonces eso es verdad, que se reciben, la institución proporciona, eso estoy totalmente de acuerdo, un cinco de cinco, pero reciben, te diría que un dos porque hay personas que son más reticentes a la diversidad cultural son las que menos se forman, y las que menos acuden a estos cursos voluntarios porque son de formación voluntaria. (...) normalmente las personas que más lo necesitan no acceden a ello.”*

PS3: *“Bueno las organizaciones sanitarias te lo ofrecen, otra cosa es que tú lo quieras o no lo quieras, (...) Si tu prefieres hacer de hipertensión o de diabetes, no vas a hacer un curso de diversidad cultural. Tampoco hay una gran cesta, recuerdo algunos, pero no que haya muchísimos, hay distintos niveles, para administrativos, enfermeras, médicos, eso no lo hay, hay algunos.”*

PS4: *“Yo he visto los programas formativos que hay, todos los centros sanitarios como si son de atención primaria como si son atención especializada tienen que cumplir unos programas de formación continuada que se llama. La formación continuada debería de completar toda esta parte formativa que tiene que ver con la demanda ciudadana.”*

PS5: *“Ha bajado, pero seguimos teniendo. Siempre ha surgido, normalmente las cosas surgen de dos maneras: una, con los propios profesionales, nosotros, demandar una formación determinada. Qué es lo que ha pasado, que como ya hemos hecho tantas y ya estamos como más adaptados a que tengamos que estar todos vibrantes, qué pasa, que ya no nos hace, entre comillas, tanta falta, esa formación que nos hizo en un principio.”*

PS6: *“No. Es decir, te puedo asegurar, organizaciones sanitarias y anexas. Por ejemplo, un colegio oficial de enfermería o un colegio oficial de médicos, te animo a que entres*

*en las páginas oficiales porque muchas veces están publicados los cursos de formación profesionales, y en los colegios oficiales se supone que es donde de manera más oficial se da la formación que tienen que recibir los profesionales. Ni una. Todo está muy guiado al ámbito puramente clínico."*

Tabla 24: Evidencias relatadas por los/as profesionales sanitarios.

Las profesionales de ONGs señalan opiniones variadas respecto a si existe o no formación en temas de diversidad cultural y de género—ver la Tabla 23. Quienes afirman su existencia, coinciden en que formación que solo reciben profesionales con interés, siendo las ONGs quienes también asumen esta tarea. Opinan que deberían ser formaciones obligatorias, ofrecidas desde el sistema sanitario y desde las universidades al alumnado de disciplinas relacionadas con la atención socio-sanitaria. Por otra parte, señalan que el sistema sanitario no brinda las condiciones para que las profesionales puedan asistir a muchos de los cursos. Finalmente, mencionan que se debería profundizar más en estas formaciones.

ONG1: "No lo sé".

ONG2: "Recientemente hicimos desde la organización un curso que era de formar competencia cultural a profesionales de salud, entonces vinieron los que están interesados o accesibles de antes, no porque la organización lo provea, trabajadores sociales, enfermeras, auxiliares, del sistema público de diferentes especialidades de todo tipo de campos del sistema sanitario y aludían a esto que no reciben ningún tipo de formación y tienen que acudir a una formación externa y que sea en un horario no laboral."

ONG3: "En general, el tema de diversidad cultural, creo que hay algunas, no las conozco muy bien. Pero, por ejemplo, el tema de tras y tal, sé qué hace unos años con la consejería de salud, con las entidades que forman la mesa constitutiva, se hizo una formación al personal del centro de salud, hospitales. O sea, es una formación que llega a personal reducido, como trabajadores sociales, y tal, no llegas a todo el personal."

ONG4: "Hay gente que está muy involucrada en el colectivo migrante, pero claro, ya no sé si eso viene a nivel personal o es a nivel laboral que desde sus centros les dan esa formación. Te digo que depende de la persona."

ONG5: "Ninguna de las personas con las que yo he tratado. Nadie me ha comentado nada de esto—cursos sobre diversidad cultural—yo diría que no. (...) Sí, sobre género me consta que sí".

ONG6: "vivo con enfermeros y tengo bastantes compañeros que además están deseando que vayamos a hacer cosas, así que voy a decir que no. (...) Ahí es un poco más positiva—género—pero voy a decir un no también, creo que se está haciendo de forma voluntaria, entonces si un profesional tiene interés en formarse en género, se está formando en género, pero no debería ser algo voluntario, debería ser algo obligatorio dentro de tu desarrollo profesional."

Tabla 25: Evidencias relatadas por los/as profesionales provenientes de ONGs.

### (E4) EQUIDAD DE LA PARTICIPACIÓN

#### Resultados del análisis documental

Según la ley 16/2011, *“Las Administraciones públicas de Andalucía actuarán siempre bajo el principio de la efectiva participación de la ciudadanía en la toma de decisiones y en el desarrollo de las políticas relacionadas con la salud pública, con especial atención a la población menor de edad y a las personas que por cuestiones sociales o de otro tipo tengan especiales dificultades para hacer valer su acción u opinión”*.

Para hacer efectiva dicha participación, la Junta de Andalucía pone a disposición de la ciudadanía diferentes mecanismos de participación en salud, como son los Consejos de Salud de Área. Asimismo, existen canales de participación que contempla específicamente la intervención de personas inmigrantes. Siguiendo un estudio<sup>42</sup> realizado sobre la participación de las personas migrantes en el sistema sanitario español, en Andalucía sobresale el Foro Andaluz de la Inmigración y los foros provinciales. De modo más específico, también se señala la Comisión de Inmigración y Salud del Distrito sanitario poniente, con actuación en Almería.

El IV PAS plantea el mantenimiento/promoción de los foros de participación y de comisiones entre agentes públicos y asociaciones/ONG de personas migrantes y pro-migrantes y propone *“Fomentar la participación de las personas migrantes en los servicios de salud y en su propio proceso de atención.”* (Pág. 117). Más concretamente, el III PIPIA detalla como medida (3.2.3.): *“Mejora de la respuesta a las necesidades de salud en clave de gestión de la diversidad con la incorporación de todos los implicados: Servicios de Salud la participación de las asociaciones de inmigrantes y pro-inmigrantes, así como de las organizaciones sindicales, en las comisiones y foros de participación.”* (Pág. 126).

Igualmente, es importante destacar el papel de las Unidades de Gestión Clínica (UGC), con relación a las que el IV PAS especifica: *“Las UGC asumen un modelo de asistencia sanitaria integral que está basado en la participación y el conocimiento de todas las personas de la UGC, con el objetivo prioritario de definir e implementar todas sus estrategias y líneas de actuación, a través del diálogo explícito, desde los valores compartidos por profesionales, por el SSPA y por la ciudadanía.”* (Pág. 76).

Por otro lado, El III PIPIA contempla una orientación general hacia la actitud proactiva de la población inmigrante que potencie la gestión autónoma de su participación e integración en los procesos de atención socio-sanitaria, *“promoviendo, de esta manera, su aporte a una visión plural y diversa de las percepciones sociales sobre la salud, la enfermedad y los recursos asistenciales y que, finalmente, fortalezca su conciencia de*

---

<sup>42</sup> Gil, M. A., García, J. M. B., & García, C. C. (2019). Los inmigrantes en el sistema sanitario español: aspectos participativos y de atención a la salud. *Rev Española Salud Pública*, 93(12), e12.

*ciudadanía con derechos universales y con la capacidad y los mecanismos necesarios para hacerlos efectivos” (Pág. 121). Sin embargo, tal y como se indica en el estudio sobre la participación de personas migrantes en salud anteriormente citado, la participación de las mujeres migrantes se ve especialmente dificultada debido a las numerosas barreras que encuentran (i.e. horarios incompatibles de las jornadas laborales, imposibilidad para la conciliación familiar, estereotipos y discriminación, etc.)*

En cuanto al III PISMA, este plan también valora positivamente la participación de la población usuaria en los procesos de promoción, prevención y recuperación de la salud mental, indiferentemente de su *edad, sexo, raza, religión, estatus social o estado de salud* (pág. 102). Se establecen diferentes objetivos específicos (Tabla 26) para combatir el estigma social de los problemas de salud mental y para fomentar la participación como un activo sobre la salud de la ciudadanía y sus organizaciones que aumenta su empoderamiento y su capacidad de toma de decisión.

- 7.1. *Potenciar la implicación de las personas con problemas de salud mental en el fomento de su salud y bienestar, desde la perspectiva de los activos en salud.*
- 7.2. *Promover una cultura de participación en salud mental partiendo de una adecuada información previa.*
- 7.3. *Generar espacios de participación real y efectiva en el ámbito de las UGC de SM y de los programas de apoyo social de FAISEM*
- 7.4. *Incorporación de personas usuarias en los equipos de atención a la salud mental del SSPA y en determinados programas de apoyo social de FAISEM.*

**Tabla 26: Objetivos específicos del III PISMA para asegurar la participación efectiva de la ciudadanía y sus organizaciones en el cuidado de su salud mental.**

Además, se conciben los servicios como lugares de empoderamiento de las personas usuarias, entendiéndolas como proactivos en el cuidado de su salud mental:

*“Los servicios han de facilitar el empoderamiento de las personas con enfermedad mental para participar en los aspectos relacionados con su salud mental, a través del fomento de su autonomía e independencia, cauces de participación más efectivos **en los servicios, ingresos económicos suficientes, inclusión en el mundo laboral, participación plena en la sociedad...** También se ha de fortalecer el movimiento asociativo de personas usuarias y familiares” (pág.59).*

Por su parte, el PAPI-SM ofrece un protocolo de actuación basado en la coordinación y trabajo en red para hacer frente a los problemas de salud mental de las personas migrantes: *“Se hace necesario establecer cauces de coordinación con las entidades públicas y/o privadas involucradas en el apoyo y atención a la población inmigrante. Por otro lado, constituye un objetivo de este programa el asegurar que dichas instituciones conozcan los canales adecuados de acceso a la red de Salud Mental y puedan servir de canalizadores de las necesidades de la población inmigrante de la zona” (pág.34).*

### Resultados del análisis de las entrevistas

En este apartado, más que sobre los canales de participación oficiales, los/as profesionales **se centraron en reflexionar sobre si el entorno sanitario era un lugar seguro**, donde se respeta la identidad cultural y de género de los/as usuarios/as. Un lugar donde las migrantes podían sentirse cómodas y querer participar.

Las profesionales vinculadas a los sistemas sanitarios mostraron diferentes opiniones (ver la Tabla 27). Se evidencia el desacuerdo con ejemplos asociados a algunas prácticas culturales propias de ciertos colectivos y situaciones en que las profesionales parten del supuesto en que las personas deben acomodarse a la realidad del sistema español—y, por tanto, a la cultura española. Fue interesante, además, las diferentes interpretaciones que hacían sobre los entornos. Algunas personas centraron su análisis en el trato profesional—muchas señalando su vocación humanitaria y de ayuda—mientras que otros lo hicieron en los protocolos o estructuras organizacionales.

Respecto a los **mecanismos de participación oficiales**, en casi todos los casos se afirmó su existencia. No obstante, muchas personas desconocían los canales exactos para efectuar la participación y, aquellas que sí las conocían, criticaban que su excesiva burocratización hacía que la participación fuera muy baja. Muchas profesionales, además, recalcan que la participación es muy limitada en toda la población, no solo la migrante, que, en palabras de una entrevistada: “brilla por su ausencia”. Igualmente, algunas personas hicieron referencia a que las comunidades migrantes no se encuentran fortalecidas para realizar ciertas demandas o procesos.

PS1: "Sí, yo en eso sí estoy totalmente de acuerdo. Yo creo que somos los sanitarios, los que estamos trabajando en el sistema de salud, la verdad es que lo tenemos en el ADN de la profesión, el respeto y el que esa persona se sienta segura. Yo no puedo decir al 100%, habrá casos de racismo de algún compañero médico, alguna enfermera... pero yo sinceramente no veo esos casos nunca."

PS2: "Eso pues, a nivel teórico pero la realidad es que no, sobre todo cuando hay otras prácticas culturales, por ejemplo, si una mujer africana quisiera después del parto sentarse en el suelo en vez de la cama. rápidamente llegaría un profesional y le diría que tiene que levantarse, que no puede estar en el suelo, que tiene que hacer lo mismo que hacen todas **las mujeres. Entonces se intenta al final unificar el cuidado y que todo el mundo responda igual, o sea, que realmente no, si te sales de la norma, te aseguro que te van a censurar de alguna forma.**"

PS3: "Yo creo que sí. Por ejemplo en las consultas, primero no hay policías (...) yo lo que se cuenta en la consulta no va a la policía nunca, ni a un juez, en ese sentido sí que yo creo que se puedan sentir segura. Y después que se respete yo creo que sí, que se pueda respetar su **cultura.**" **"En papel sí. Debería de hacer específicamente de las mujeres africanas, yo eso lo veo como demasiado específico, no como muy subespecífico, de las mujeres sí, quizás de mujeres sí, de ancianos sí, de mamá con hijos pequeños sí, pero específicamente a las mujeres africanas no veo por qué haya de diferenciarla de otras mujeres."**

PS4: "Estamos penalizados en cuanto a esto, a la participación ciudadana, yo ahora mismo no te puedo decir porque evidencia, pero vamos que he leído mucho sobre eso porque me he dedicado a conferencias sobre esto, de que hay que mejorar la participación ciudadana porque estamos castigados (...) yo como activista tenía mucho interés de encontrarme con las mujeres, es muy poco visible, las mujeres africanas son muy poco visibles, sé que hay muchas porque en Senegal mismo hay una comunidad importante"

PS5: "Lo que también pretendemos es la integración. Si desde nosotros mismos empezamos a separar, no estamos integrando entonces yo creo que para terminar las cosas es en momentos puntuales, pero que no sea "aquí tienen que venir las mujeres...", no, no. Aquí pescado todo el mundo y la carne es para todo el mundo, porque o sino no tendríamos una manera real de integración, así que no me parece de otra manera. (...)A ver, se trabaja mucho con las ONG y todo ese tipo de cosas. Ellos se encargan de que se tengan en cuenta— la participación migrante."

PS6: "como usuario te puedes sentir seguro, en qué sentido, en que es un sistema, al menos el sanitario, que la atención directa al usuario no es corrupto. Qué quiero decir, tú no le tienes que pagar a nadie por debajo de la mesa para tener una atención, (...) Pero, todo tiene su pero, en ese sentido te puedes sentir seguro, pero en cuanto al respeto a la identidad cultural y de género ya no lo tengo tan claro. Porque he vivido situaciones en las que compañeros en un hospital han dicho "lo que tiene que hacer es acostumbrarse, no es está en España, pues que se acostumbre". "La identidad cultural, por ejemplo, en un hospital público hay una capilla católica, por qué, porque tiene que ser católica, porque tiene que haber una capilla en un sitio público, no lo entiendo."

Tabla 27: Evidencias relatadas por los/as profesionales sanitarios.

Las profesionales de ONGs, mayoritariamente, comentan casos donde se evidencia que durante la atención sanitaria no realizan las acciones necesarias para crear un ambiente favorable y seguro para las mujeres migrantes, especialmente las subsaharianas. Indican además que cuando la atención es idónea, es más bien por

una sensibilidad del profesional que por un protocolo organizacional de atención que pone en valor la diversidad cultural o la perspectiva de género. Sobre todo, se refieren a que cuando el trato es discriminatorio, a veces se hace de forma sutil y es muy poco probable que se penalice. Se mencionan ejemplos específicos, especialmente relacionados con salud sexual y reproductiva. Ver ejemplos en la Tabla 28.

ONG1: *“Pues, el acompañamiento a mujeres africanas en el embarazo o al parto. Ellas reclaman una mayor privacidad, que la atención sea exclusivamente de mujeres, de profesionales mujeres, y eso está estandarizado.”*

ONG2: *“Me acuerdo de esa consulta porque me quede en shock y la mujer venía por una depresión y bueno lo primero que hace es: “Bueno si ya estas mejor, para que estás aquí, bueno ya está ¿Qué quieres? Y tú debes ser de África. Bueno llévate este libro, que si tienes un hijo es sobre el machismo, que allá hay mucho machismo”. Fue increíble, porque ni siquiera sabes nada de ella, de dónde viene, por qué, unos prejuicios totales y falta de respeto, sinceramente.”*

ONG3: *“Creo que, hablando de organización sanitaria en general, no se hace nada en especial, no lo conozco. Que hay prácticas que son positivas, pero como te decía, va a depender más de la buena voluntad de espacios concretos (...) Las experiencias que tengo son de haber tocado con personas sensibilizadas que conozcan este colectivo, y al revés, haber tocado con personal no sensibilizada y dependiendo del sitio. O sea, al que vayamos, por ejemplo, en los centros de ITS, es verdad que conocen bastante a este tipo de población, pero la mujer entra sola a hacer la revisión y es una revisión bastante peculiar para este tipo de mujer, con unas preguntas bastantes peculiares, y a veces les gustaría entrar acompañada **con una persona de confianza para ellas, pero no se nos permite el acceso.**”*

ONG4: *“Sí, por el tema de género. El tema de género es muy amplio, entonces hay chicas que van con determinados problemas por cultura, por religión, por lo que se quiera llamar, son un poco reacias a que un ginecólogo sea hombre, en vez de mujer. Ellas quieren que sea una mujer. Hay otras que se van adaptando y lo ven como algo normalizado (...) El tema de la mutilación genital, a lo mejor tampoco son tratadas con la delicadeza que deberían de ser tratadas, si es cuestión de género también.”*

ONG5: *“Y la mayoría de usuarias son africanas, he acompañado a más de una a reconocimiento ginecológico y demás, y bueno, entre que para ellas es mucho más íntimo, no están acostumbradas a que venga un médico y de forma tan fría, las cosas allá no se hacen así. Y sé que una exploración de uno, después otro, por ejemplo, he llegado a escuchar comentarios de cosas un poco desagradables sobre el aspecto de la mujer, comentarios racistas, pero esto no es nivel global, siempre son experiencias puntuales.”*

ONG6: *“Depende de la persona que tengas en frente que creo que eso es muy cultural de aquí, depende quién te toque, y en realidad es muy frustrante cuando tú estás haciendo una intervención, decirle a una persona, es como deseárselo suerte, bueno depende de quién te toque, si no te toca esa persona, intenta buscar a otra, creo que ahí se está poniendo por encima una ideología que la profesionalidad, entonces yo puedo tener prejuicios, valores, me puede gustar más, me puede gustar menos, pero yo tengo que ser un profesional”.*

Tabla 28: Evidencias relatadas por los/as profesionales provenientes de ONGs.

Finalmente, en relación a los mecanismos de participación oficial para usuarios/as en el sistema sanitario, la mayoría refiere desconocer este aspecto. En cualquier caso, señalan que no se fomenta la participación de la población migrante—ni en sanidad ni en ningún área socio-política—y menos aún de las mujeres migrantes.

### (E5) PROMOCIÓN DE LA EQUIDAD

#### (E5.1) INVESTIGACIÓN EN SALUD Y EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LAS POLÍTICAS

##### Resultados del análisis documental

Seguendo el artículo 78 de la ley 2/1998, “*las Administraciones Públicas de Andalucía deberán fomentar, dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía, las actividades de investigación sanitaria como elemento fundamental para su progreso*”. Para ello, existen una serie de organismos, recogidos en la ley 16/2011:

*El Centro de Investigación de Salud Pública de Andalucía, como organización donde se integran personas al servicio de la investigación y grupos de investigación, y que tiene como objeto primordial la investigación, el desarrollo y la innovación en materia de salud pública, bajo el principio del fomento de la calidad y la excelencia científica de los proyectos y actuaciones.*

*La Escuela Andaluza de Salud Pública, para la generación y gestión del conocimiento en los campos de la salud pública y la gestión de servicios sanitarios y sociales (...) mediante el desempeño de actividades de formación, consultoría, investigación y cooperación internacional en estas materias.*

*El Observatorio de Salud Pública de Andalucía, en el seno de la Escuela de Salud Pública, como unidad de carácter técnico y científico para el asesoramiento a la Consejería competente en materia de salud. Promoverá el análisis de la situación de salud y sus factores determinantes en Andalucía, con especial atención a los que provocan situaciones de desigualdad en salud.(...) Contará con un foro de participación social y un foro de carácter científico.*

En cuanto a los mecanismos de evaluación del impacto de las políticas y las prácticas sobre la salud de la población, el IV PAS propone la introducción de instrumentos ágiles que permitan la evaluación del potencial impacto. Además, plantea incorporar como una actividad propia del plan la evaluación continua la cual añade valor y significado a la transparencia y rendición de cuentas al plan. El plan dedica un apartado completo a detallar las características de la evaluación (pág. 93-97), la cual incluye una evaluación interna y otra externa. Asimismo, el IV PAS propone un nuevo enfoque para la evaluación, basado en el modelo de activos:

*“Desde el modelo de activos un nuevo enfoque de la evaluación de las intervenciones en promoción de salud y en salud pública en general, proponiendo métodos de evaluación que complementen la explicación y la comprensión del contexto y los patrones ligados a la salud<sup>52</sup>, y proponiendo nuevos indicadores relacionados*

*con la salutogénesis, que vayan más allá de los clásicos índices de morbilidad y mortalidad, que puedan explicar el estilo de vida de la población de un lugar y no sólo de qué enferma y muere. El desarrollo de estos indicadores es un primer paso necesario de cara a producir evidencias acerca de la eficacia de las intervenciones basadas en el modelo de activos, y deben referirse tanto a competencias personales como a recursos o activos comunitarios, ambientales y culturales” (pág. 56).*

Por otro lado, en el III PIPIA se hace alusión a la evaluación del impacto de las políticas sobre la población extranjera—recogido como indicador del objetivo 3.3.1. Concretamente, se propone medir el “*número de Planes Locales de Acción en Salud que incorporan la atención a las necesidades de salud de la población extranjera.*” Además, se establecen indicadores cuantitativos y cualitativos, basados en las percepciones de los/las profesionales socio-sanitarios y la población extranjera, sobre la consecución y adecuación de las medidas programadas.

En relación al aumento y mejora del conocimiento científico andaluz, el III PISMA integra entre sus líneas estratégicas la gestión del conocimiento, investigación y evaluación. Con esta finalidad, propone fomentar la formación y práctica profesional basadas en la evidencia para la atención en la salud mental; analizar la efectividad de los servicios y programas; y fomentar proyectos de investigación intersectoriales y transversales, entre los que se incluye un plan regional de investigación en salud mental en una posible colaboración con las universidades andaluzas. Asimismo, el III PISMA propone como indicadores de evaluación del plan realizar un estudio que analice la competencia de los servicios de salud mental, y la elaboración y divulgación de memorias anuales sobre la morbilidad de la población atendida.

Concretamente, en relación al seguimiento de las medidas elaboradas para la atención de colectivos en riesgo y vulnerabilidad se toma como referencia indicadores únicamente **cuantitativos, hecho que dificulta profundizar acerca de la percepción de profesionales** y usuarios/as sobre la calidad, accesibilidad y grado de adecuación de los servicios de atención a la salud mental, especialmente de población migrante.

### Resultados del análisis de las entrevistas

**Las/os profesionales sanitarias difieren mucho en sus opiniones respecto si las** organizaciones sanitarias cuentan con mecanismos para evaluar su impacto, aunque existe consenso entre todas sobre que es una necesidad—ver Tabla 29. Esto probablemente se vincula a la diversidad encontrada en la concepción de lo que debe entenderse como evaluación de impacto. Algunas la vinculan a las consecuencias que tienen las práctica sobre la salud y el bienestar de la comunidad, otras a la satisfacción de los/as usuarios/as, otras a los resultados concretos de la intervención en los/as pacientes. Es decir, no hay consenso sobre los indicadores que se usan o se deberían

usar para la evaluación. También se hace mención en varias ocasiones de que las evaluaciones son demasiado cuantitativas y la necesidad de ir más allá de las cifras, especialmente cuando se trata de población migrante.

Las profesionales señalan sobre la inclusión del respeto a la diversidad cultural y la perspectiva de género en las evaluaciones de los rendimientos del servicio sanitario, que se encuentran en forma parcial o no se encuentran, que existe una brecha para poder hablar que estén incluidas como se espera. Una profesional refiere que género y diversidad cultural se incluyen a veces en algunos indicadores de calidad, pero que esto ha variado en el transcurso del tiempo. Concretamente, en relación al género, se indica que la mayoría de los estudios dividen los resultados para comparar mujeres vs. hombres, pero esto sería “una perspectiva de sexo, no de género” –como denomina una participante.

Respecto de si se tiene en cuenta la opinión de las personas usuarias en la evaluación, existe acuerdo sobre su existencia, en forma de hojas de reclamaciones y buzones de sugerencia. Pero varían respecto si estas reclamaciones tienen soluciones reales o si son vinculantes. Por otra parte, la participación de las personas usuarias en la **planificación y evaluación se desconoce o se indica que es muy baja**. La única forma en que se menciona es a través de la participación de ONGs.

PS1: *“Si, porque se hacen... por ejemplo, salud pública aquí en Sevilla que trabaja muy bien, sobre todo en el mundo de la inmigración, yo tengo contacto con ellos, (...) y hacen mucha evaluación (...) los servicios sanitarios más grandes no veo que contemplan tanto en su evaluación a la diversidad cultural. Esto lo hacen más a nivel de pie, que son la gente de la atención primaria.”*

PS2: *“Normalmente, bueno, se mide en base a la satisfacción con los servicios prestados, o sea que sé que hay, ahora eso en cuanto a satisfacción como se miran los resultados con los pacientes, si bien es cierto que no sería lo idóneo, lo idóneo sería ver cómo cambia la calidad de vida u otros aspectos o parámetros de la vida de las personas, pero normalmente se mide o por resultados en salud, (...) Normalmente lo que existe es una perspectiva de género, que se hacen divisiones entre hombres y mujeres, principalmente esa es la perspectiva que se le da, cuando sale una evaluación, que por un lado se pregunta a mujeres y a hombres, se comparten la información entre unos y otros, esa es la perspectiva que yo veo que se les da, la perspectiva de sexo, más que de género.”*

PS3: *“Eso no existe, yo no conozco a nadie que haga realmente evaluación, tú no puedes hacer resultados en salud, puedes evaluar el proceso, pero tú no puedes evaluar el resultado en salud, mucho menos de un impacto de lo que tú hagas, yo no puedo medir el impacto que tiene mi curso, puedo decirte antes que los inmigrantes venían acompañados y no sabían cómo pedir cita, y ahora saben pedir cita y vienen solos, pero qué impacto tiene eso en salud, cómo medir, eso no conozco un test que lo evalúe.”*

PS4: *“los programas de calidad donde se tienen que acreditar los indicadores de calidad que todas las unidades tienen que tener programas de indicadores que tienen que cumplir, y en eso va. Ha habido dos incentivos, uno de rendimiento profesional de forma individual, y otro el rendimiento de tu propia unidad.”*

PS5: *“Ahora mismo no sé sinceramente por donde anda el sistema de evaluación de consejería, que seguro sí tenemos (...) Sí, eso sí. Aquí las hojas de reclamación, nosotros teníamos antes un buzón, de nuestras sugerencias y de nuestros problemas en algún momento determinado, y cuando hemos tenido alguna necesidad, y hay un grupo de trabajo que era para valorar las cosas que hacíamos mal, y por qué había salido mal.”*

PS6: *“O sea, todo lo que sea evaluar el resultado tal, o conseguir este objetivo, eso lo marcan divinamente. Ahora, son números. Es decir, evalúa el impacto de mis acciones en la comunidad, pues yo voy a concebir que en la comunidad el 30% de los niños bajen de peso o no tengan obesidad infantil. Pero yo no me preocupo de que ha supuesto eso para las familias, a qué tipo de familias he incluido, si están representados todos los estratos de la sociedad (...) Si no está incluido en la prestación del servicio, no va a estar incluido en la evaluación. Porque yo todas las acciones que hago no tienen ningún tipo de perspectiva cultural en absoluto, bueno yo no conozco ningún protocolo hospitalario que tenga en cuenta perspectivas culturales.(...) Entonces, las encuestas de satisfacción y las hojas de reclamación claro que se tienen, pero quién las pide, a quién se le facilita, en qué idioma está, no lo sé. Luego, al final las personas, ya sea población inmigrante, población autóctona, las personas echan mucha baba o mucha furia por la boca al personal que tienen delante, pero luego no ponen esas quejas.”*

Tabla 29: Evidencias relatadas por los/as profesionales sanitarios.

Las profesionales de ONGs en general mencionan que desconocen si existen evaluaciones de impacto y si e estas consideran la diversidad cultural y de género. Sin embargo, señalan algunos estudios y memorias que deben entregar profesionales, cuestionando si estos se utilizando para realizar transformaciones o cambios. Por otra parte, señalan que existen las hojas de reclamaciones, que en ocasiones han utilizado para denunciar mala atención o situaciones de discriminación. Pero cuestionan si estas se tienen en cuenta y señalan que hay una adaptación para ciertas poblaciones migrantes. Finalmente, respecto a la participación de personas usuarias en la planificación y evaluación, refieren desconocer este ámbito. Tampoco se indica que se promueva esta participación de las personas migrantes en el sistema sanitario desde las ONGs. La Tabla 30 ofrece algunas de las narrativas de estas profesionales.

ONG1: *“porque sí que existen libros de hojas de reclamaciones, y que exista a nivel formal algún procedimiento de valorar la opinión de los usuarios. Lo que pasa es que eso no llega a nada”*

ONG2: *“Hojas de reclamaciones, supongo que sí tendrán, no las he utilizado nunca. En el caso de las personas migrantes, no está adaptado a ello, eso es seguro. A nivel general, yo creo que sí tienen. Formatos, otra cosa que lo tenga en cuenta.”*

ONG3: *“No sé si lo evalúa. Supongo que los evalúa, sacan unos informes, pero después no sé qué recursos hay para implementar acciones, no lo sé (...) Eso sí, el tema de las encuestas de satisfacción y las hojas de reclamación las tienen disponible en todos los sentidos. Supongo que lo tienen en cuenta, y que esta población no está adaptada a llenar una hoja de reclamaciones.”*

ONG4: *“No lo sé. O sea, no contesto, no sé, no tengo idea. Yo supongo que sí. Porque si no está incluido eso, la población cada vez más aumenta en temas migratorios, y esto no lo recogen dentro de sus mecanismos... (...) Encuestas de satisfacción nunca me he encontrado. Es verdad que tienen hoja de reclamación como cualquiera.”*

ONG5: *No sé si se evalúa, la verdad. Yo creo que podría ser que sí, por lo menos parcialmente— la inclusión de la diversidad y el género en la evaluación. (...) Existen encuestas de satisfacción, existen hojas de reclamación, creo que es obligatorio que existan, pero que se tengan en cuenta no sé.”*

ONG6: *“Yo quiero pensar que sí, estudios como los que estás haciendo son una forma de evaluar realmente qué es lo que hay, qué es lo que no. Los proyectos que se están concediendo son una forma de evaluarlo, si ya esa no se está teniendo en cuenta o no es otra cosa, pero de existir mecanismos de evaluación, existe, podrían ser mejores, también. (...) Entiendo que si hacen una memoria, hasta qué punto se está considerando la diversidad **cultural, y cuál es la forma de evaluar, entonces, si es una evaluación específica, si es una evaluación basada en la percepción subjetiva de cuál es el conocimiento de la diversidad cultural, la verdad es que me genera bastantes dudas.”***

Tabla 30: Evidencias relatadas por los/as profesionales provenientes de ONGs.

### (E5.2) FOMENTO DE LAS COLABORACIONES INTERSECTORIALES

#### Resultados del análisis documental

El IV PAS ha sido concebido bajo el paradigma de Salud en Todas las Políticas, *“que consiste en una estrategia innovadora transversal que introduce la mejora de la salud para nuestra población y la reducción de las desigualdades en salud como un objetivo compartido entre todos los niveles de gobernanza, sectores y agentes de gobierno”* (pág. 93). Por ello, el fomento de la colaboración intersectorial supone no solo un objetivo primordial del plan, sino del paradigma desde el que ha sido diseñado. Esto se refleja en el plan, por ejemplo, en su meta 1.2. se propone *“potenciar la acción social e intersectorial en el abordaje de las condiciones de vida y los determinantes de salud de mayor impacto en la esperanza de vida en buena salud de la población de Andalucía”* (pág. 55). Algunos objetivos concretos que avanzan en esta línea se presentan en la Tabla 31.

*Objetivo 1.2.1: Establecer un marco efectivo de colaboración con todos los agentes implicados para el abordaje de los principales determinantes relacionados con la esperanza de vida en buena salud.*

*Objetivo 4.2.1: Establecer mecanismos de coordinación intersectoriales, en aquellas políticas de reducción de los niveles de pobreza y exclusión.*

*Objetivo 5.4.2. Profesionales del SSPA se comprometen a obtener los mejores resultados en salud asumiendo una perspectiva territorial, intersectorial y participada.*

Tabla 31: Objetivos encaminados a la promoción de la colaboración intersectorial.

En consecuencia, el III PIPIA profundiza en esta cuestión en relación a la población migrante, teniendo como ejes vertebradores: *“Ahondar en la localización de las actuaciones, haciendo converger en el territorio los dispositivos para la coordinación y gestión de la atención socio-sanitaria”* (eje 4) y *“Fortalecer los mecanismos de coordinación de todos los actores que tienen un protagonismo fundamental para el trabajo en salud vinculado con la población extranjera”* (eje 5). En la Tabla 32 se presentan las medidas propuestas para ello.

*Medida 3.1.3. Fomento y desarrollo de la cooperación entre las Unidades de Gestión Clínica y las ONG, asociaciones de migrantes y promigrantes o grupos de Ayuda Mutua para la realización de actividades de información, capacitación y captación activa de la población inmigrante a su llegada al territorio andaluz."*

*"Medida 3.2.3. Mejora de la respuesta a las necesidades de salud en clave de gestión de la diversidad con la incorporación de todos los implicados: Servicios de Salud la participación de las asociaciones de inmigrantes y proinmigrantes, así como de las organizaciones sindicales, en las comisiones y foros de participación".*

*"Medida 3.3.3. Creación de espacios de trabajo conjunto de coordinación y acción entre los gobiernos locales, los servicios de salud, y las asociaciones para la atención socio-sanitaria de las personas extranjeras y sus familias."*

*"Medida 3.4.1. Detección precoz e intervención ante situaciones de especial vulnerabilidad, de manera coordinada entre las consejerías competentes y las entidades locales, con la colaboración de las organizaciones sindicales, ONG´s y asociaciones de inmigrantes y proinmigrantes: **identificación de los hacinamientos, detección de emplazamientos, brotes de violencia y xenofobia, maltrato infantil, violencia de género, desnutrición, incremento de la prostitución, etc.**"*

Tabla 32: Medidas encaminadas a la promoción de la colaboración intersectorial.

En esta dirección, el III PISMA, se alinea con los mencionados programas y planes intersectoriales bajo el modelo de activos en salud, proponiendo la *"transformación de la atención a la salud mental hacia una mayor eficacia y eficiencia, a través de la expansión de un trabajo en red, complementario e incluyente, de los distintos tipos de profesionales y sectores"* (pág.64). En concreto, en la elaboración del PISMA se consideró la necesidad de *incrementar las intervenciones en el ámbito comunitario, cercanas a las personas afectadas, con un trabajo interdisciplinar e intersectorial que desarrolle una auténtica red de atención integral* (pág. 12). Por este motivo, la colaboración y cooperación intersectorial está presente en todos los objetivos generales del plan, a través de algunas de sus medidas y acciones específicas. En las mencionadas medias es posible observar una trayectoria de trabajo y sinergia establecida con la *Fundación Pública para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM)* en el área de apoyo social y comunitario. En este ámbito no se explicita la colaboración con ONGs de/pro-migrantes.

### Resultados del análisis de las entrevistas

**Las profesionales vinculadas al sistema sanitario refieren que sí se realiza trabajo** intersectorial, especialmente para valorar los determinantes sociales de la salud o realizar campañas de educación en salud (e.g. con centros escolares o servicios sociales).

Se indica que, mayormente, la colaboración gira en torno a un “caso” o una situación particular. Una profesional manifiesta que la colaboración es insuficiente, lo cual puede vincularse con la percepción de los demás sobre el hecho de que surgen de voluntades individuales y que no se exigen ni refuerzan desde la organización. En la Tabla 33 se presentan algunas narrativas encontradas.

*PS1: “Es decir, que esas colaboraciones se dan, cuando se detectan casos por ejemplo, de una enfermedad que sea de declaración obligatoria hacia una ONG en España, una enfermedad de transmisión sexual o algunas enfermedades infecciosas, que sea autóctona de aquí el país, pero que bueno, ha tenido una crisis aquí, una malaria.... Y eso hay que hablarlo, hay que decirlo, por supuesto que si hay esa colaboración muy estrecha.”*

*PS2: “Sobre todo la atención primaria en determinados sitios donde hay importantes colectivos vulnerable, seguro, no me cabe la menor duda de que se hacen programas con las comunidades.”*

*PS3 : “Ambos, desde arriba sí que hay esa visión, de que bueno siempre se colabore con otros”*

*PS4: “sobre todo a la enfermería, ha trabajado siempre mucho eso, estoy convencida de que sí, seguro que hay relaciones, porque eso también facilita muchas veces después su labor”*

*PS5: “Sí, todas están en la línea. Pero claro, desde más abajo, nosotros tenemos mucha a demanda, que es cuando el doctor nos solicita, pero las otras organizaciones, también nosotras trabajamos a demanda con ellos, cuando nos llaman, pero que ellos digan es, como un referente para apoyar todo lo que aquí se hace, o esa es la idea. Así que es trabajar intersectorialmente.”*

*PS6: “Que no son cosas que están estipuladas, o sea que el sistema sanitario como que no te obliga o no establece que esto se tiene que hacer así, si no que más bien sale de la bondad de las personas que quieren hacer algo por. Entonces, yo soy una ONG que trabajo en temas sanitarios y sé que tengo a la gente de atención primarias les doy el telefonazo o **escribimos, hacemos una carta oficial, pero es una cuestión entre nosotros, que nosotros hemos decidido hacerlo.**Es decir, nadie me va a decir, por qué no has hecho esto, por qué no habéis contactado centros de salud, ONG, y tal, nadie te lo va a exigir.”*

Tabla 33: Evidencias relatadas por los/as profesionales sanitarios.

**Las profesionales de ONGs refieren que existen colaboraciones intersectoriales**, pero establecen matices en cuanto a la forma y el tipo de colaboración. Algunas manifiestan que se da cuando una parte no cuenta con los recursos para satisfacer ciertas necesidades o demandas de la persona usuaria. Otras profesionales mencionan trabajos coordinados a nivel de instituciones como mesas de trabajo conjunto y elaboración de objetivos conjuntos, a modo de buenas prácticas. La tabla 34 ofrece más evidencias al respecto.

ONG1: *“yo sé que algunas cosas si se han trabajado de manera conjunta. Por ejemplo, se ha revisado un protocolo en conjunto, de atención a mujeres inmigrantes. Se ha tenido en cuenta el sistema sanitario, la red de colaboradoras. Entonces tenemos conocimiento de que se ha realizado ese protocolo, lo que pasa es que luego lo conocen muy pocos equipos y no le sienten, y aparte no lo tienen interiorizado como método de trabajo.”*

ONG2: *“Bueno colaboraciones formales, yo creo que no, pero colaboraciones esporádicas sí. El punto de partida no han sido las organizaciones sanitarias, por ejemplo, desde las organizaciones que acudimos, a los centros sanitarios, trabajadores sociales y solicitamos un taller o algo que detectamos con los usuarios que es necesario, entonces a lo mejor ahí sí.”*

ONG3: *“Sí, existen colaboraciones. Totalmente... por ejemplo, en la mesa técnica de la salud, hay varias, hay una aquí por distrito y ahí va personal sanitario, trabajadoras sociales. Enfermeras, alguna vez, pero de manera ocasional. En tema de salud mental va una persona, pero bueno.”*

ONG4: *“Sí, yo creo que sí. Aunque ellos mismos no cuentan con esos recursos, si lo hacen a través de colaboraciones como ONG.”*

ONG5: *“Esa colaboración esporádica, porque se ha solicitado desde otras organizaciones o el centro educativo también lo solicita (...) Que no sea solo a través de nosotros que les enseñemos como se hace un sistema de salud, sino que el sistema sanitario tenga mecanismos para que esta población los conozca. Es muy fácil decir que hacen un mal uso, y nuestras mujeres dicen que el hospital es todo, el hospital y centro de salud, confunden, y no conocen la estructura sanitaria.”*

ONG6: *“al final, cubren una parte a la que no llegan y yo creo que al final es bonito que se trabaje, hablábamos de los objetivos del desarrollo sostenible, esas alianzas claves son fundamentales, entonces creo que si es verdad que podrían hacer una parte de ese trabajo de una forma interna, creo que debería de haber una parte pública que se encargue de eso, pero bueno a fin de cuentas fue a eso, la ONG, los centros educativos están dando talleres también, diferentes organizaciones están trabajando en eso, entonces ahí sí estoy totalmente de acuerdo que hay colaboraciones.”*

Tabla 34: Evidencias relatadas por los/as profesionales provenientes de ONGs.

# CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE MEJORA

El objetivo general de este estudio fue analizar la incorporación de una perspectiva sensible a la diversidad cultural y al género en las políticas y sanitarias en Andalucía, así como valorar su implementación real en las prácticas sanitarias. Todo ello, encaminado a la elaboración de recomendaciones de mejora para mejorar la equidad en salud en Andalucía. Para ello, se llevó a cabo un diseño mixto de investigación que combinó el análisis documental de las políticas y entrevistas a profesionales agentes clave en la atención sanitaria a mujeres migrantes. El análisis documental analizó las principales leyes reguladoras del Sistema Sanitario Público de Andalucía (n=5) y los planes dirigidos a la atención sanitaria y a la integración socio-sanitaria de personas migrantes (n=4). Las entrevistas realizadas recogieron la perspectiva tanto de personal sanitario (n=6) como de personal de ONGs que realizan acompañamiento sanitario con población migrante (n=6).

Para la recogida de información, se elaboraron dos instrumentos, bajo los mismos principios basados en equidad en salud (utilizados previamente en investigaciones de gran impacto). Estos incluyeron los siguientes indicadores de evaluación: (E1) Equidad en la misión, valores y objetivos; (E2) Equidad en el acceso a los servicios; (E3) Equidad en la calidad de la atención o Sensibilidad; (E4) Equidad en la participación; y (E5) Promoción de la Equidad.

Los resultados mostraron que las políticas están basadas en los principios que regulan la equidad en salud y proponen estrategias/objetivos generales dirigidos a lograrla. Destacan: (a) el análisis de los determinantes sociales de la salud, (b) el reconocimiento de la importancia de incorporar una perspectiva de género y de respeto hacia la diversidad, (c) el fomento de la colaboración intersectorial, (d) la promoción de la salud en todas las políticas, (e) el compromiso por la reducción de las barreras para el acceso a los servicios especialmente de población más vulnerable, (f) una capacitación del personal y facilitación de algunos servicios para responder a la diversidad, (g) el fomento de la participación ciudadana en los servicios, y (h) una apuesta por la evaluación del impacto de las políticas. Dado que se analizaron los planes globales, sería interesante, no obstante, comprobar en qué acciones concretas se materializan estos compromisos/objetivos, en los planes locales de salud.

Sin embargo, existe una brecha entre lo que regulan las políticas y su aplicación real en la práctica sanitaria. En general las respuestas de personal sanitario y de personal de ONGs que realiza los acompañamientos de población migrante fueron bastante similares. Como principales fortalezas destacaron la defensa de la titularidad del derecho a acceder

a los servicios sanitarios de ciertos colectivos migrantes en Andalucía—cosa que en otras comunidades fue limitado por algunas regulaciones como el RDL 16/2012. Igualmente, se puso en valor el compromiso de la mayoría de profesionales sanitarios con la equidad y ofrecer una atención centrada en la persona, aunque también se pusieron algunos ejemplos de mala praxis o discriminación racial. Como principales barreras se señala la falta de recursos para adaptar las estructuras y las prácticas a la diversidad, resaltando la necesidad de incorporar mediadores culturales en todos los centros sanitarios. La falta de formación obligatoria para los/as profesionales en perspectiva de género y en competencia cultural—tanto desde las universidades como desde colegios oficiales o el propio sistema sanitario—también fue señalada como un gran desafío. Finalmente, se resaltó la falta de participación de colectivos migrantes en los sistemas y las limitaciones en la evaluación del impacto de las políticas en la salud de los/as usuarios/as y sus comunidades, lo cual dificulta conocer sus necesidades reales.

Por otro lado, es de señalar también que en todos los planes se realiza una presentación general de los datos, realizando comparativas entre diferentes sectores poblacionales. En primer lugar, todos los planes realizan la división por sexo, indicando las diferencias encontradas en los resultados de la salud entre hombres y mujeres—los cuales son casi siempre peores para ellas, especialmente en materia de salud mental. Sin embargo, pocos interpretan dichos resultados desde una perspectiva de género real, que entre a discutir las causas de estos resultados o los asocia a la desigualdad que sufren las mujeres—si bien el III PIPIA y el III PISMA hacen un intento, aunque muy superficialmente. Por tanto, se podría decir, como indicaba una de las profesionales entrevistadas, que los planes “tienen una perspectiva de sexo, más que de género”.

En relación al tratamiento de la diversidad cultural de los/as usuarios/as migrantes, es muy limitado. En los planes los diversos colectivos migrantes aparecen de forma genérica, homogeneizando las características y sus necesidades de un grupo muy heterogéneo de personas. Esto probablemente se relaciona con la dificultad de incorporar indicadores en los estudios epidemiológicos y evaluaciones en salud relacionados con cuestiones étnicas/culturales y que a la vez velen por los derechos de protección de datos. Se requiere un análisis más pormenorizado que tenga en cuenta no solo los países de procedencia, sino también datos como su estatus migratorio—el cual, además, determina en muchos casos los servicios de los que pueden ser beneficiarios/as—o su nivel socio-económico, condiciones laborales y vivencia.

Finalmente, si se pone el foco en las mujeres migrantes—objeto de este estudio—los planes no hacen gran referencia a ellas en sus compromisos/objetivos, lo cual tiene sentido porque son planes de carácter general. Pero cuando la hacen, aparecen generalmente ligadas a los cuidados y a funciones sexuales-reproductivas. Por su parte, los/as profesionales indican que estas mujeres presentan barreras añadidas en relación a su acceso y atención sanitaria, asociadas a su doble estigmatización—como mujeres y migrantes, o triple si además están enfermas—o a sus condiciones

sociales—como su vinculación a los cuidados o la falta de conciliación laboral, su falta de participación o su invisibilización en los espacios comunitarios, etc. En este sentido, se manifiesta desde los/as profesionales la necesidad de desarrollar acciones para identificar sus necesidades reales, así como para empoderarlas y hacerlas partícipes de nuestras sociedades como ciudadanas de pleno derecho. En respuesta a este desafío, se han elaborado una serie de recomendaciones de mejora, presentadas a continuación.

### RECOMENDACIONES DE MEJORA

A continuación, se presentan algunas recomendaciones para mejorar la incorporación de una perspectiva sensible a la diversidad cultural y de género en las políticas y en las prácticas sanitarias de Andalucía. Estas recomendaciones han sido realizadas por los/as profesionales entrevistados (es decir, aquellos/as que realizan las atenciones sanitarias en diferentes centros sanitarios de la provincia de Sevilla, así como de profesionales que acompañan a personas migrantes en ellas) y por las personas que han realizado el análisis de las políticas y planes evaluados.

- Reforzar la aplicación práctica de la perspectiva de los determinantes de la salud incorporada en las políticas. Es decir, dirigir las prácticas sanitarias no solo a tratar la enfermedad, sino también al *“conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud individual y colectiva.”* Para ello, se requiere:
  - Incorporar procesos de revisión de protocolos internos de los dispositivos sanitarios, que permita incorporar o fortalecer la perspectiva de los determinantes de la salud y facilitar su aplicación.
  - Fortalecer la conciencia crítica y la visión interseccional en los/as profesionales, capaces de analizar los problemas de sus usuarios/as desde una perspectiva integral y multinivel. Sería ampliar la *“atención centrada en la persona”* a una *“atención centrada en la persona y sus circunstancias”*.
  - Ampliar la capacidad de los/as profesionales para trabajar de forma intersectorial. No solo formándolos para ello, sino también facilitando protocolos y redes de trabajo desde las organizaciones sanitarias.
- Incorpora la equidad no solo como uno de los principios que deben guiar la atención socio-sanitaria, sino como el fin último de la misma. Para ello, se requiere:
  - Incrementar las acciones dirigidas a la prevención y la promoción de la salud a nivel comunitario. Solo de esta forma, se podrán reducir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección que afectan la salud de las poblaciones a nivel ambiental/contextual.
  - **Definir operativamente cómo puede lograrse la equidad en salud,**

especificando indicadores para su evaluación y proponiendo acciones concretas y comunes en toda la comunidad—lo cual no implica que dejen de establecerse acciones específicas adaptadas a cada localidad.

- Poner un foco especial sobre colectivos afectados por la desigualdad social o en riesgo—dentro de las cuales se podría incluir a las mujeres migrantes.
  - **Desarrollar estudios específicos sobre estos colectivos**, que usen metodologías participativas capaces de incorporar las voces de estas poblaciones invisibilizadas. De esta forma, identificar sus necesidades reales, así como sus fortalezas. Especialmente, explorar las barreras que encuentran para el acceso a los servicios.
  - Desarrollar servicios adaptados a las necesidades reales de estos colectivos, que reconozcan sus características particulares y les otorguen una posición de igualdad con respecto del resto de colectivos.
  - Poner en valor la labor de las ONGs y organizaciones de base comunitaria que actúan como puente entre el sistema sanitario y estas poblaciones. Por ejemplo, podrían ser incorporadas oficialmente en el proceso de atención sanitaria, reconociéndolas como un agente público más, con una dotación de recursos pública y recogida en los planes.
- Monitorizar y sancionar cualquier estructura organizacional o profesional que **discrimine a alguna persona/colectivo por su condición demográfica o socio-política**.
  - Desarrollar planes internos dirigidos para detectar y reducir la estigmatización y discriminación asociadas a determinados colectivos por cualquier condición (e. g. personas negras).
  - Facilitar que las víctimas de algún tipo de discriminación pueda denunciarlo directamente cuando ocurra. Por ejemplo, informando sobre los derechos a poblaciones migrantes o facilitando los modelos para realizar las denuncias en varios idiomas.
  - Sancionar duramente aquellos/as profesionales que realicen alguna práctica o comportamiento discriminatorio.
- Promover la protección de los derechos civiles desde los servicios de salud y desde la ciudadanía en general, especialmente los de aquellos colectivos en situación de vulnerabilidad (e. g. migrantes en situación irregular).
  - Fortalecer la capacidad de incidencia política de las plataformas en defensa de una sanidad universal, desarrollar acciones—tanto virtuales, como presenciales—que informen a la ciudadanía sobre sus derechos, las amenazas que existen contra ellos y las formas de defenderlos.
  - Exigir a los gobiernos la defensa del derecho fundamental a la salud de todas las poblaciones. Fomentar procesos de rendición de cuentas hacia los gobiernos, vigilando sus propuestas electorales desde un prisma basado en la

equidad, no solo en las elecciones, sino durante toda la candidatura.

- Denunciar pública y masivamente aquellas medidas que vayan dirigidas a recortar los derechos de cualquier población. Concienciar a la ciudadanía que, aunque un recorte no le afecte directamente, le afecta indirectamente en la medida que forma parte de la sociedad.

- Respecto a los procedimientos administrativos/burocráticos, se propone revisar el sistema de gestión, respecto de la actualización de la información frente a cambios en las leyes, normas, y procedimientos, con el objetivo de facilitar proactivamente un acceso equitativo a toda la población.
- Reforzar la perspectiva de equidad de género en las políticas y, especialmente, en las prácticas. Esto significa, por un lado, garantizar la igualdad de oportunidades y, por otro, la creación de una serie de condiciones determinadas para que se puedan aprovechar estas oportunidades. Es decir, no solo consiste en crear las oportunidades sino en repartirlas de manera justa entre los diferentes géneros. Para ello, se requiere:
  - Desarrollar estudios en salud desde una perspectiva basada en la equidad de género. Esto implica no solo realizar comparativas entre los resultados en salud de mujeres vs. hombres, sino también sobre sus causas. Dirigirse a identificar las desigualdades de género y desarrollar acciones para eliminarlas. Estos estudios, además, deberían incorporar una perspectiva interseccional, por la cual no se tratase el grupo “mujer” como un ente homogéneo. Es necesario reconocer las particularidades de los diferentes “colectivos” de mujeres (e. g. mujeres migrantes, mujeres transexuales, mujeres gitanas, mujeres mayores) para poder diseñar servicios adaptados a ellas—teniendo en cuenta, que dentro de estos “colectivos” también hay una gran diversidad.
  - Entender el género como una construcción social que va más allá del binarismo hombre-mujer. Es decir, se trata de incorporar una visión que reconozca la diversidad existente en nuestras sociedades y las múltiples opciones que ello implica (e. g. intersexualidad, transexualidad, etc.), desde un trato igualitario y la igualdad de oportunidades. Se trata de poner la justicia social como valor fundamental en la provisión de servicios sanitarios.
  - Seguir proponiendo acciones hacia las mujeres dirigidas a su atención sexual y reproductiva, la atención a víctimas de violencia de género o a mujeres cuidadoras. Pero hacerlo desde una visión crítica, sin encasillar a la mujer en papel único de madre, compañera sexual, víctima de violencia o cuidadora. Un papel que reproduce los estereotipos de género y que limita su pleno desarrollo en otras esferas. Deberían ampliarse las acciones del fomento de la salud de las mujeres también desde una perspectiva activa, que las reconozca como agentes activos, fuertes y de pleno derecho. Esto es especialmente importante para el tratamiento de las mujeres migrantes, para las cuales se han identificado muy pocas acciones concretas, pero todas vinculadas a estas “funciones”.

- Abarcar la violencia de género o machista como un problema de salud pública tal y como propone el III PRISMA. De esta forma, no se sitúa el foco en la mujer como víctima, sino en las desigualdades de género que las causan y en las consecuencias nefastas para toda la sociedad, independientemente de su género.
- Desarrollar medidas que faciliten el acceso de las mujeres a los servicios de salud. Por ejemplo, ampliando el horario de atención para permitir la conciliación laboral-familiar u ofreciendo servicios de ludoteca. Estas medidas no necesariamente deben ser promovidas desde el sistema sanitario, incluso muchas entrevistadas dirigen la responsabilidad hacia las empresas o lugares de trabajo de las empleadas, que deben respetar los derechos laborales. En cualquier caso, deben existir oportunidades que garanticen el acceso a las mujeres, especialmente de las madres trabajadoras o de las cuidadoras en régimen de internas.
- Fortalecer los servicios públicos de salud mental, los cuales han sido señalados como esenciales en el cuidado de la salud de las mujeres y/o migrantes, pero muy limitados. Especialmente, se considera muy necesario diseñar servicios adaptados a ciertos colectivos, como personas refugiadas o solicitantes de asilo, víctimas de trata o colectivo LGTBIQ+.
- Incrementar la pro-actividad de los servicios sanitarios, especialmente en la detección de necesidades y la atención de la salud de poblaciones en situación de exclusión. Por ejemplo, se podrían desarrollar/ampliar los servicios de salud móviles para atención básica a colectivos que viven en asentamientos alejados de los distritos de salud. Es decir, que los profesionales sanitarios vayan a los lugares donde vive la población y no esperen siempre a que la población acceda a su consulta.
- **Garantizar la incorporación de la figura de mediador cultural en los centros sanitarios** con alta presencia de personas migrantes o minorías étnicas. Se considera un recurso básico para la efectiva atención sanitaria a población migrante. Se considera que esta figura debe ser prevista por el propio sistema sanitario, garantizando una adecuada formación y una buena praxis.
- **Identificar recursos o servicios que requieran de una adaptación cultural** concreta y diseñar estrategias conjuntas—con ONGs y usuarios/as—para su efectiva aplicación. Por ejemplo, en este estudio se ha señalado especialmente la necesidad de reforzar la perspectiva de género y competencia cultural en servicios de atención ginecológica y atención al embarazo, parto y puerperio.
- Facilitar y promocionar el uso de los recursos que ya existen para adaptar los servicios o mejorar la atención a las minorías. Se señala especialmente el servicio de tele-traducción, la Red ISIR o el FORINTER2.

- Desarrollar campañas de educación y promoción de la salud adaptadas a la diversidad y que lleguen de forma efectivas a las comunidades. Para ello se propone:
  - Llevar a cabo las campañas de forma intersectorial, tanto en su diseño como en su implementación, de modo que se aumentaría notablemente su alcance e impacto en las comunidades.
  - Adaptar las campañas a la diversidad no solo en el idioma sino en la forma de transmitir la información. En este sentido, la figura de los mediadores culturales podrían tener un papel muy positivo.
  - Formar a las propias comunidades migrantes en temas de salud, de forma gradual. Empezar por la formación como agentes de salud comunitaria a ciertos/as “líderes comunitarios” de modo que actúen como ejemplo para sus vecinos/as.
- **Otorgar mayor autonomía y capacidad para influir en las estructuras organizacionales** a los/as profesionales en su práctica diaria. Por ejemplo, se señala especialmente la necesidad de manejar el tiempo de atención sanitaria en función del caso, pues 10 minutos en muchos casos es un tiempo que no permite ofrecer una atención individualizada y de calidad—especialmente hacia personas migrantes.
- Recompensar al personal sanitario que desarrolla campañas de prevención y promoción de la salud, de modo que no sea algo que los/as profesionales hagan de forma altruista y voluntaria en su tiempo libre. A largo plazo, esto tendría un impacto positivo en la salud de la comunidad y en el mejoramiento del sistema de salud.
- Aumentar el número y la calidad de las formaciones dirigidas hacia los/as profesionales sanitarios respecto a la diversidad cultural y/o el género. Se propone específicamente:
  - Incorporar materias de obligado cumplimiento en los grados y máster relacionados con profesiones socio-sanitarias, puesto que estos temas son de vital importancia para los/as profesionales del siglo XXI.
  - Aumentar la oferta formativa de este tipo de cursos desde la administración **pública y los colegios oficiales**. Se hace hincapié en que la metodología a seguir para este tipo de cursos debe ser más basada en casos prácticos y vivenciales que en modelos y conceptos teóricos, dado que lo que más hay que trabajar son las actitudes hacia el género y la diversidad y las habilidades para manejarlo. Asimismo, se recomienda que los cursos ofertados sean mixtos en tanto a tipo de profesionales, así se fomenta el conocimiento entre los diferentes agentes en salud de una misma comunidad y el trabajo en red.
  - Señalar a profesionales de administración y ventanilla como población clave para formarlas en competencia cultural y política sanitaria. Estos tienen un rol fundamental en la acogida y derivación de las personas recién llegadas al sistema y muchas veces son los/as que menos formación reciben a este respecto.

- Fomentar el uso de los canales de participación en salud existentes para la ciudadanía a diferentes niveles (e. g. comunitario, local, autonómico).
  - Informar a la ciudadanía sobre los canales de participación, así como los beneficios de participar en el sistema sanitario, el diseño y evaluación de las políticas.
  - Promover procesos de empoderamiento de la comunidad para que progresivamente vaya participando en la toma de decisiones respecto a instancias de salud que afecten en su territorio. Fortalecer estos procesos especialmente en los colectivos migrantes
  - **Informar de forma efectiva sobre los canales y los beneficios de la participación**, especialmente en comunidades migrantes.
- Respecto de los aspectos asociados a la evaluación de impacto de las políticas, se propone:
  - **Revisar los indicadores de evaluación en las planificaciones internas de los respectivos dispositivos sanitarios**, con el objetivo de instalar la equidad cultural y de género en las estructuras organizacionales.
  - Incorporar indicadores de evaluación tanto cuantitativos como cualitativos, que no solo ofrezcan una aproximación a la incidencia y prevalencia de los problemas, sino también exploren sus causas y sus significados en las diferentes poblaciones.
  - Incorporar indicadores de evaluación a diferentes niveles: práctica profesional, organizaciones, políticas y comunidades.
- Fomentar las redes de trabajo y colaboración intersectorial. En esta dirección, se propone:
  - Ofrecer mapas de recursos, donde se pueda visualizar fácilmente los servicios ofrecidos en una misma comunidad, cómo acceder y personal de contacto. Esto sería útil no solo para la coordinación entre servicios, sino también para aquellos/as usuarios/as recién llegados.
  - **Identificar y compartir buenas prácticas en materia de salud**, desde diferentes servicios.
  - Desarrollar plataformas intersectoriales, que determinen objetivos prioritarios, acciones concretas e indicadores de evaluación.

### ANEXO 1

#### GUIÓN DE ENTREVISTA PARA EVALUAR LAS PRÁCTICAS SANITARIAS

ENTREVISTADO/A: \_\_\_\_\_  
ORGANIZACIÓN: \_\_\_\_\_  
PUESTO: \_\_\_\_\_  
TELEFONO: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

#### Nota para la persona que conducirá la entrevista:

*Pedir la colaboración de las personas entrevistadas como expertas en el sistema sanitario y su práctica en Andalucía. Explicar brevemente el proyecto e indicar que el proyecto es sobre mujeres africanas en Sevilla.*

*Deberá aclarar en el inicio de la entrevista que el objeto de estudio es conocer en qué medida las políticas sanitarias se traducen en prácticas en el SISTEMA SANITARIO ANDALUZ, y en qué medida el sistema contempla la equidad de género y la equidad cultural como un campo de acción.*

*Sería conveniente pasarles antes este guión para que puedan preparar las respuestas. Incluso puede pedirseles que lo rellenen ellos mismos.*

*Es muy importante obtener información precisa y concreta (que deberá escribir en cada apartado reservado para “EVIDENCIAS”) para luego poder codificarlo de 0-5. De eso depende el éxito de la evaluación. Escribir tanto como sea necesario ahí, servicios concretos, ejemplos, fuentes documentales, etc.*

*La persona entrevistada (y posteriormente la entrevistadora) deberán puntuar de 0-5 cada apartado [en caso de que no coincidan, puntuará también la investigadora]:*

*1=“Totalmente en desacuerdo”*

*2=“Parcialmente en desacuerdo”*

*3=“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*

*4=“Parcialmente de acuerdo”*

*5=“Totalmente de acuerdo”*

*NS/NC= “No sabe/ no contesta”*

#### E1. Equidad en la misión, objetivos y valores

1.1. Las mujeres migrantes tienen el mismo derecho/titularidad de acceso a los servicios sanitarios que las personas autóctonas (diferenciar entre personas en situación regular vs. irregular)

EVIDENCIAS 1.1.

1.2. Los procedimientos administrativos para el disfrute de los servicios sanitarios están pensados para una población estándar (local) y no se ofrecen alternativas para colectivos vulnerables como las mujeres migrantes. (ESTE ÍTEM PUNTA AL REVÉS)

EVIDENCIAS 1.2.

1.3. En las políticas/normas que regulan la misión del sistema sanitario se recoge la equidad/igualdad como un objetivo

EVIDENCIAS 1.3.

1.4. En la misión/valores del sistema sanitario se recoge explícitamente la perspectiva de género como un elemento que debe guiar la acción de los/las proveedoras/as.

EVIDENCIAS 1.4.

1.4. En la misión/valores del sistema sanitario se recoge explícitamente el reconocimiento de la diversidad cultural como un elemento que debe guiar la acción de los/las proveedoras/as.

EVIDENCIAS 1.4.

## E2. Equidad en la Accesibilidad

2.1. Las organizaciones sanitarias **identifican de forma proactiva las barreras** que tiene la comunidad para acceder a sus servicios.

EVIDENCIAS 2.1.

2.2. En las organizaciones sanitarias existen estrategias para facilitar la accesibilidad de personas migrantes (ej. cartelería y/o documentación relevante en distintos idiomas para dar a conocer sus servicios, programas de alfabetización en salud, etc.)

EVIDENCIAS 2.2.

2.3. En las organizaciones sanitarias existen estrategias para facilitar la accesibilidad de las mujeres (ej. horarios que facilitan la conciliación familiar, ludotecas...)

EVIDENCIAS 2.3.

2.4. Las organizaciones sanitarias se realizan programas de alfabetización en salud para facilitar el conocimiento de los servicios y su acceso, dirigidos a usuarios/as potenciales.

EVIDENCIAS 2.4.

2.5. Las organizaciones sanitarias se realizan campañas de educación en salud para promover el cuidado de la salud para toda la ciudadanía, adaptada en forma y formato a la diversidad.

EVIDENCIAS 2.5.

## E3. Equidad en la calidad de los servicios / Sensibilidad

3.1. Las organizaciones sanitarias proporcionan recursos para la adaptación de los servicios/ actividades clave a la diversidad cultural (ej. mediadores culturales).

EVIDENCIAS 3.1.

3.2. En las organizaciones sanitarias los/las proveedores/as reciben formación específica sobre cuestiones relativas a la diversidad cultural.

EVIDENCIAS 3.2.

3.3. En las organizaciones sanitarias los/las proveedores/as reciben formación específica sobre cuestiones relativas al género.

EVIDENCIAS 3.3.

3.4. Las organizaciones sanitarias crean un ambiente donde las personas usuarias pueden sentirse seguro, y respetados en su dignidad e identidad cultural y de género (preguntar por ejemplos relativos a mujeres africanas).

EVIDENCIAS 3.4.

### E4. Equidad en la participación

4.1. La organización cuenta con mecanismos de participación de los grupos de la comunidad (preguntar por ejemplos relativos a mujeres africanas).

EVIDENCIAS 4.1

4.2. En las organizaciones sanitarias se tiene en cuenta la opinión de usuarios/as para gestionar las respuestas a las demandas de la comunidad (ej. encuestas de satisfacción, hojas de reclamaciones).

EVIDENCIAS 4.2.

4.3. Las organizaciones sanitarias apoyan la participación de los usuarios/as en la planificación y evaluación de sus servicios.

EVIDENCIAS 4.3.

### E5. Promoción de la Equidad

4.1. Las organizaciones sanitarias tienen mecanismos para evaluar el impacto de sus acciones en la comunidad.

EVIDENCIAS 4.1.

4.2. El respeto a la diversidad cultural está incluido en la evaluación del rendimiento de los servicios sanitarios.

EVIDENCIAS 4.2.

4.3. La inclusión de una perspectiva de género está incluida en la evaluación del rendimiento de los servicios sanitarios.

EVIDENCIAS 4.3.

4.6. Las organizaciones sanitarias construyen colaboraciones intersectoriales, para valorar determinantes más amplios de la salud. Ej. ONGs, centros educativos, servicios sociales.

EVIDENCIAS 4.6.

### ANEXO 2

#### GUIÓN DE EVALUACIÓN DE POLÍTICAS SANITARIAS

EVALUADOR/A: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

#### Nota para la persona que conducirá la entrevista:

Identificar los documentos a evaluar.

*Es muy importante obtener información precisa y concreta (que deberá escribir en cada apartado reservado para "EVIDENCIAS") para luego poder codificarlo de 0-5. De eso depende el éxito de la evaluación. Escribir tanto como sea necesario ahí, servicios concretos, ejemplos, etc.*

*La persona evaluadora deberá puntuar de 0-5 cada apartado:*

1="Totalmente en desacuerdo"

2="Parcialmente en desacuerdo"

3="Ni de acuerdo ni en desacuerdo"

4="Parcialmente de acuerdo"

5="Totalmente de acuerdo"

NS/NC= "No se encuentra evidencia".

#### E1. Equidad en la misión, objetivos y valores

1.1. Las mujeres migrantes tienen el mismo derecho/titularidad de acceso a los servicios sanitarios que las personas autóctonas (diferenciar entre personas en situación regular vs. irregular)

EVIDENCIAS 1.1.

1.2. Los procedimientos administrativos para el disfrute de los servicios sanitarios están pensados para una población estándar (local) y no se ofrecen alternativas para colectivos vulnerables como las mujeres migrantes. (ESTE ITEM PUNTÚA AL REVÉS)

EVIDENCIAS 1.2.

1.3. En las políticas/normas que regulan la misión del sistema sanitario se recoge la equidad/igualdad como un objetivo

EVIDENCIAS 1.3.

1.4. En la misión/valores del sistema sanitario se recoge explícitamente la perspectiva de género como un elemento que debe guiar la acción de los/las proveedoras/as.

EVIDENCIAS 1.4.

1.4. En la misión/valores del sistema sanitario se recoge explícitamente el reconocimiento de la diversidad cultural como un elemento que debe guiar la acción de los/las proveedoras/as.

EVIDENCIAS 1.4.

### E2. Equidad en la Accesibilidad

2.1. Se **identifican de forma proactiva las barreras** que tiene la comunidad para acceder a sus servicios o para implementar las medidas propuestas.

EVIDENCIAS 2.1.

2.2. Existen estrategias/ medidas concretas para facilitar la accesibilidad de personas migrantes (ej. traducción de materiales clave, programas de alfabetización en salud, etc.)

EVIDENCIAS 2.2.

2.3. Existen estrategias/ medidas concretas para facilitar la accesibilidad de las mujeres (ej. horarios que facilitan la conciliación familiar, ludotecas...)

EVIDENCIAS 2.3.

2.4. Se proponen medidas para facilitar el conocimiento de los servicios y su acceso, dirigidos a usuarios/as potenciales.

EVIDENCIAS 2.4.

2.5. Se proponen medidas o campañas de educación en salud para promover el cuidado de la salud para toda la ciudadanía, adaptada en forma y formato a la diversidad.

EVIDENCIAS 2.5.

### E3. Equidad en la calidad de los servicios / Sensibilidad

3.1. Las organizaciones sanitarias proporcionan recursos para la adaptación de los servicios/ actividades clave a la diversidad cultural (ej. mediadores culturales).

EVIDENCIAS 3.1.

3.2. En las organizaciones sanitarias los/las proveedores/as reciben formación específica sobre cuestiones relativas a la diversidad cultural.

EVIDENCIAS 3.2.

3.3. En las organizaciones sanitarias los/las proveedores/as reciben formación específica sobre cuestiones relativas al género.

EVIDENCIAS 3.3.

3.4. Las organizaciones sanitarias crean un ambiente donde las personas usuarias pueden sentirse seguro, y respetados en su dignidad e identidad cultural y de género (preguntar por ejemplos relativos a mujeres africanas).

EVIDENCIAS 3.4.

### E4. Equidad en la participación

4.1. La organización cuenta con mecanismos de participación de los grupos de la comunidad (preguntar por ejemplos relativos a mujeres africanas).

EVIDENCIAS 4.1

4.2. En las organizaciones sanitarias se tiene en cuenta la opinión de usuarios/as para gestionar las respuestas a las demandas de la comunidad (ej. encuestas de satisfacción, hojas de reclamaciones).

EVIDENCIAS 4.2.

4.3. Las organizaciones sanitarias apoyan la participación de los usuarios/as en la planificación y evaluación de sus servicios.

EVIDENCIAS 4.3.

### E5. Promoción de la Equidad

4.1. Las organizaciones sanitarias tienen mecanismos para evaluar el impacto de sus acciones en la comunidad.

EVIDENCIAS 4.1.

4.2. El respeto a la diversidad cultural está incluido en la evaluación del rendimiento de los servicios sanitarios.

EVIDENCIAS 4.2.

4.3. La inclusión de una perspectiva de género está incluida en la evaluación del rendimiento de los servicios sanitarios.

EVIDENCIAS 4.3.

4.4. Las organizaciones sanitarias construyen colaboraciones intersectoriales, para valorar determinantes más amplios de la salud. Ej. ONGs, centros educativos, servicios sociales.

EVIDENCIAS 4.4.

COORDINA:



**Nder**

**MAD**  
Africa

COLABORA:



FINANCIA:



Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo  
**CONSEJERÍA DE IGUALDAD, POLÍTICAS SOCIALES Y CONCILIACIÓN**